

# Mortalidade Materna 2017-2021

# **Mortalidade Materna**

## **2017-2021**

#### FICHA TÉCNICA

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

Mortalidade materna, 2017-2021.

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2024.

ISBN: 978-972-675-366-7

#### PALAVRAS-CHAVE

Morte materna, rácio de mortalidade materna

#### EDIÇÃO

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

www.dgs.pt

#### AUTORIA

**Direção de Serviços de Informação e Análise:** (por ordem alfabética) Afonso Moreira; Ana Paula Soares; Patrícia Pita Ferreira; Pedro Pinto Leite; Soraia Silva

**Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde:** (por ordem alfabética) Benvinda dos Santos; Dina Oliveira; Elsa Mota; João Ribeiro da Silva; Susana Santo

**Comissão de Acompanhamento da Mortalidade Materna:** (por ordem alfabética) Alexandrina Cardoso; Ana Luísa Areia; Ana Campos; Ana Soares; Diogo Ayres de Campos; Diogo Cruz; Dina Oliveira; Filipa Lança; João Bernardes; Maria do Céu Almeida; Maria João Albuquerque; Maria José Alves; Marina Moucho; Paula Pinheiro; Susana Santo

EDITORES (por ordem alfabética)

André Peralta Santos; Rita Sá Machado

Lisboa, janeiro, 2025

## Índice

<b>I. Introdução</b>	<b>10</b>
<b>II. Contexto internacional</b>	<b>12</b>
<b>III. Evolução do número de mortes maternas e do rácio de mortalidade materna em Portugal</b>	<b>13</b>
<b>IV. Vigilância da mortalidade materna, caracterização e análise das mortes maternas 2017-2021</b>	<b>16</b>
4.1 Vigilância da mortalidade materna	16
4.2 Metodologia para caracterização e análise das mortes maternas	17
4.2.1 Grupos etários	18
4.2.2 Naturalidade e nacionalidade	20
4.2.3 Local do óbito	21
4.2.3.1 Local do óbito por região de saúde	22
4.2.4 Região de saúde da residência da mulher	22
4.2.5 Momento do óbito	23
4.2.6 Caracterização da gravidez e do parto	25
4.2.6.1 Tipologia da Gravidez	25
4.2.6.2 Vigilância da Gravidez	26
4.2.6.3 Parto	27
4.2.6.4 Condição de saúde	27
4.2.7 Classificação e causas das mortes maternas	30
4.2.8 Conclusões	33
<b>V. Recomendações</b>	<b>34</b>
<b>VI. Notas finais</b>	<b>36</b>
<b>VII. Nota metodológica</b>	<b>37</b>
<b>VIII. Referências bibliográficas</b>	<b>38</b>

## Índice de gráficos

Gráfico 1. <b>Evolução do número de mortes maternos e do rácio de mortalidade materna, Portugal, 2002-2021</b>	13
Gráfico 2. <b>Evolução do número de mortes maternas e do rácio de mortalidade materna, por quinquénios, 2002-2021</b>	14
Gráfico 3. <b>Evolução da percentagem de nados-vivos filhos de mulheres com idade inferior e maior ou igual a 35 anos de idade, 2002-2021</b>	18
Gráfico 4. <b>Evolução da proporção das mortes maternas com idade <math>\geq 35</math> anos, 2017-2021</b>	19
Gráfico 5. <b>Distribuição da proporção de nados-vivos e do rácio de mortalidade materna, por grupos etários, no quinquénio, 2017-2021</b>	20
Gráfico 6. <b>Número de mortes maternas por naturalidade e nacionalidade, 2017-2021</b>	20
Gráfico 7. <b>Rácio de mortalidade materna de mulheres de nacionalidade portuguesa e de mulheres estrangeiras, 2017-2021</b>	21
Gráfico 8. <b>Distribuição das mortes maternas, por local do óbito, em número absoluto de mortes, 2017-2021</b>	21
Gráfico 9. <b>Distribuição do número de mortes maternas pelo momento do óbito, 2017-2021</b>	23
Gráfico 10. <b>Distribuição do n.º de mortes maternas ocorridas na gravidez, por idade gestacional em semanas, 2017-2021</b>	24
Gráfico 11. <b>Distribuição do n.º de mortes maternas ocorridas no puerpério, por dias após o parto, 2017-2021</b>	24
Gráfico 12. <b>Distribuição da tipologia de conceção da gravidez no quinquénio, 2017-2021</b>	25
Gráfico 13. <b>Distribuição das mortes maternas por tipologia da gravidez, 2017-2021</b>	25
Gráfico 14. <b>Distribuição do número de mortes maternas por tipo de vigilância da gravidez, 2017-2021</b>	26
Gráfico 15. <b>Proporção de mortes maternas, por tipologia, 2017-2021</b>	30
Gráfico 16. <b>Classificação das mortes maternas, por faixa etária, 2017-2021</b>	31
Gráfico 17. <b>Classificação das mortes maternas diretas por subgrupo e por faixa etária, 2017-2021</b>	32
Gráfico 18. <b>Classificação das mortes maternas diretas por subgrupo e por faixa etária, 2017-2021</b>	33

## Índice de tabelas

Tabela 1. <b>Distribuição do número de mortes maternas, por grupo etário e por ano, 2014 -2021</b>	18
Tabela 2. <b>Distribuição do número de mortes maternas por grupo etário e por quinquénio, 2014-2021</b>	19
Tabela 3. <b>Rácio de mortalidade materna, por grupo etário, por quinquénios, 2014-2021</b>	19
Tabela 4. <b>Número, proporção e rácio de mortalidade materna de mulheres, por região de saúde onde ocorreu o óbito, 2017-2021</b>	22
Tabela 5. <b>Número de mortes maternas, rácio de mortalidade materna e taxa de mortalidade materna por região de saúde de residência, Portugal, 2017-2021</b>	23
Tabela 6. <b>Distribuição da tipologia de vigilância da gravidez, 2017-2021</b>	26
Tabela 7. <b>Diagnósticos registados sobre doenças prévias à gravidez, 2017-2021</b>	27
Tabela 8. <b>Antecedentes obstétricos identificados nos registos das MM, 2017-2021</b>	29
Tabela 9. <b>Diagnósticos registados durante a gravidez, 2017-2021</b>	29
Tabela 10. <b>Outros fatores de risco identificados nos registos das MM, 2017-2021</b>	29
Tabela 11. <b>Distribuição das MM diretas e indiretas, por momento do óbito, 2017-2021</b>	30
Tabela 12. <b>Distribuição do RMM Diretas e Indiretas por faixa etária, 2017-2021</b>	31
Tabela 13. <b>Classificação das MM em Portugal, por grupos etários, 2017-2021</b>	32

## Siglas e Acrónimos

<b>CAMM</b>	Comissão de Acompanhamento da Mortalidade Materna
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística, I.P.
<b>LVT</b>	Lisboa e Vale do Tejo
<b>MM</b>	Morte materna
<b>NV</b>	Nados-vivos
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PNS</b>	Plano Nacional de Saúde
<b>RMM</b>	Rácio de mortalidade materna
<b>SICO</b>	Sistema de Informação dos Certificados de Óbito
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde

## Definições<sup>(1)</sup>

CONCEITO	DEFINIÇÃO
<b>Morte materna</b>	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.
<b>Morte materna tardia</b>	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.
<b>Mortes maternas abrangentes</b>	Conjunto de mortes maternas e de mortes maternas tardias.
<b>As mortes maternas, as mortes maternas tardias e as mortes maternas abrangentes podem ser subdivididas:</b>	
<b>Mortes obstétricas diretas ou indiretas</b>	
<b>Morte obstétrica direta</b>	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.
<b>Morte obstétrica indireta</b>	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
<b>Outros Conceitos</b>	
<b>Mortes relacionadas com a gravidez</b>	Morte que ocorre durante a gravidez, parto ou puerpério independentemente de ser uma causa obstétrica direta ou indireta, ou uma causa não obstétrica;
<b>Morte fortuita ou acidental</b>	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.
<b>Mulher em idade fértil</b>	Mulheres com idade compreendida entre os 15 e os 49 anos de idade.
<b>Rácio de mortalidade materna</b>	Número de mortes maternas durante um determinado período, dividido pelo número de nados-vivos ocorridos durante o mesmo período, multiplicado por 100.000.
<b>Taxa de mortalidade materna</b>	Número de mortes maternas durante um determinado período, dividido pelo número existente de mulheres em idade fértil (reprodutiva) durante o mesmo período, multiplicado por 100.000.

<sup>1</sup>INE, 2024

## Sumário Executivo

A mortalidade materna é um importante indicador de qualidade dos cuidados obstétricos pelo que a sua monitorização é crucial na identificação de áreas de intervenção na saúde da mulher.

Na última década, registou-se um aumento da mortalidade materna. A interpretação sobre as causas deste aumento deve ser cautelosa na medida em que, simultaneamente, foram implementadas melhorias relevantes no sistema de vigilância da mortalidade materna, nomeadamente, na sensibilidade do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) que tem contribuído para a minimização da subnotificação dos casos.

O indicador oficial das estatísticas nacionais, rácio de mortalidade materna (RMM), número de mortes maternas por 100.000 nados-vivos, num dado período, é obtido de acordo com o número de mortes maternas reportadas através da informação constante no SICO, implementado desde 2014.

A revisão de todos os casos de eventuais mortes maternas identificados pelo sistema de vigilância foi instituída a nível nacional e, neste momento, é assegurada pela Comissão de Acompanhamento da Mortalidade Materna (CAMM), constituída por um grupo multidisciplinar de peritos. À data, esta revisão não é considerada para o apuramento dos dados das estatísticas oficiais nacionais, sendo, no entanto, fundamental para a monitorização e definição de estratégias de intervenção sobre o fenómeno.

No presente relatório apresenta-se a caracterização e uma análise descritiva das mortes maternas do quinquénio 2017-2021, resultantes da informação do SICO e da revisão dos casos pela CAMM.

O RMM, no quinquénio 2017-2021, foi de 14,2 mortes maternas por 100.000 nados-vivos.

Da caracterização e análise efetuadas foi possível observar algumas alterações sociodemográficas que podem influenciar os desfechos da gravidez e do parto e que merecem uma análise mais abrangente e multidimensional.

Decorrente da revisão dos casos de eventuais mortes maternas, o RMM é significativamente superior acima dos 35 anos de idade, faixa etária onde também se tem assistido a um aumento expressivo do número anual de nados-vivos.

As mulheres estrangeiras tiveram uma representação relevante do quinquénio 2017-2021 e o RMM entre as mesmas é superior ao RMM das mulheres de nacionalidade portuguesa.

A existência de doença prévia à gravidez é de enorme relevância. O diagnóstico de obesidade foi o mais prevalente, seguido da hipertensão arterial. Na história clínica os diagnósticos de doença complexa prévia à gravidez foram observados em vários dos casos reportados, e em várias situações a mulher foi desaconselhada a engravidar e noutras foi proposta a interrupção médica da gravidez pelo risco materno. Deste relatório constam recomendações a considerar, relacionadas com: a necessidade de melhoria da qualidade dos dados da vigilância e monitorização das mortes maternas; da premência da melhoria no acesso aos cuidados de saúde e da organização da resposta dos serviços.

Não obstante a necessidade de melhoria em áreas na dependência do setor da saúde, a prevenção de mortes maternas exige uma abordagem integrada de políticas públicas multissetoriais, com necessidade de um compromisso transversal.

# I. Introdução

Garantir a vigilância e o acesso a cuidados e serviços de saúde sexual, reprodutiva e infantil de qualidade é um dos 15 objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030. Enquanto problemática de elevada magnitude no passado e atualmente controlado, é objetivo do PNS, alinhado com a Agenda 2030 e com os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (Objetivo 3 - Saúde de Qualidade), assegurar um rácio de mortalidade materna igual ou inferior a 7,1 por 100 000 nados-vivos, no triénio de 2028 –2030<sup>2</sup>.

Em Portugal, e em alguns países de alto rendimento, tem-se observado uma diminuição significativa do rácio de mortalidade materna (RMM) ao longo das últimas décadas. O RMM é um indicador de monitorização do número de mortes maternas por 100.000 nados-vivos e é frequentemente utilizado como comparador internacional. Os números muito reduzidos de mortes maternas remetem para uma necessidade de realizar a análise do RMM em séries temporais (de pelo menos 5 anos), para reduzir os efeitos de variações causadas pelo pequeno número de mortes maternas (1).

O RMM reflete a capacidade dos sistemas de saúde para prestar cuidados de saúde eficazes na prevenção e abordagem das complicações que ocorrem durante a gravidez, no parto e no puerpério (2), sendo, por isso, um indicador de relevo para análise da situação relativa às mortes maternas. A avaliação deste indicador obstétrico necessita de dados de elevada qualidade.

As mortes maternas são eventos raros, sendo necessárias grandes amostras para avaliar os fatores contributivos para a morte, bem como as causas de morte propriamente ditas. Internacionalmente existem diferentes formas de vigilância da mortalidade materna que incluem certificação médica, inquéritos, censos, entre outros (3). A combinação entre eles melhora a qualidade dos dados obtidos.

Apesar dos avanços e objetivos de uniformização de codificação das causas básicas de morte materna através do sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID) (preconizado pela Organização Mundial de Saúde [OMS]), a própria atribuição desta classificação continua a ser complexa e continuam a verificar-se diferenças entre países, ainda que utilizando metodologias similares de classificação e estudo (4).

No Reino Unido, por exemplo, são utilizados inquéritos confidenciais que são instrumentos de avaliação sistematizada multidisciplinar e anónima dos casos, onde é estabelecido um consenso sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados nos casos submetidos a revisão (5). É um método baseado na premissa de que “o que não está escrito, não aconteceu” e, conseqüentemente, não é isento de limitações. Assim, fatores que possam ter limitado os cuidados, mas que não foram documentados, não são incluídos na avaliação, como por exemplo atitudes dos profissionais, comunicação não verbal, experiências de mulheres e acompanhantes, organização da instituição, acessibilidade a cuidados, práticas locais ou fatores culturais. Os acontecimentos são revistos com base nas orientações e normas nacionais, o que permite a avaliação da qualidade dos cuidados (6).

Em Portugal, o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), que entrou em vigor a 1 de janeiro de 2014, tem vindo a promover a melhoria da qualidade e rigor nos dados e na informação, a centralização e o acesso precoce à informação, em segurança e com respeito pela privacidade.

<sup>2</sup> Resolução do Conselho de Ministros 93/2023, de 16 de agosto, aprova o Plano Nacional de Saúde 2030

O SICO permitiu a desmaterialização do processo de óbito de um cidadão em território nacional, prevendo a articulação das entidades envolvidas no processo de certificação das mortes para além da saúde, nomeadamente as autoridades policiais, o Ministério Público e Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses IP. Pode, assim, introduzir-se eletronicamente informação clínica complementar, como também, ao envolver diferentes entidades, integrar resultados de exames forenses que aumentam a fiabilidade da informação da causa de morte. É através do SICO que é, também, realizada a codificação da causa básica de morte.

A Direção-Geral da Saúde é a entidade responsável pela codificação da causa básica de morte, a qual é transmitida ao Instituto Nacional de Estatística (INE, IP) para produção de estatísticas de mortalidade, seguindo as regras de codificação da OMS. Atualmente, o referencial em utilização é a versão 10 da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

A codificação das causas básicas das mortes maternas é feita em tempo real, através da análise das informações constantes nos certificados de óbito e, quando aplicável, em outros documentos associados a um óbito (por exemplo, registo de autópsia ou boletins de informação clínica).

Tem vindo a promover-se a redução da subestimação do RMM, nomeadamente, através da implementação de alertas em tempo real, com o objetivo de iniciar o estudo de todas as eventuais mortes maternas, em tempo útil. Este mecanismo tem permitido não apenas uma melhoria de informação, mas também um conhecimento de eventos que podem necessitar de uma ação célere.

Para além de apurar as causas básicas de morte, é fundamental identificar variáveis explicativas que possam promover a definição de estratégias que contribuam para prevenir mortes evitáveis. Neste sentido, a Direção-Geral da Saúde, em 2018, promoveu o estudo pormenorizado das mortes maternas. Esta análise das mortes maternas dos anos de 2017 e 2018, para além da avaliação da informação constante no SICO, envolveu visitas aos hospitais onde ocorreram as mortes maternas e consultas de elementos clínicos relevantes.

No seguimento desta experiência, foi nomeada, para um período de 5 anos, a Comissão de Acompanhamento da Mortalidade Materna (CAMM)<sup>3</sup>, para dar continuidade à metodologia de estudo iniciada, monitorização e identificação de pontos críticos de melhoria contínua e recomendações para o futuro. Esta comissão tem como objetivo, para além de outras atribuições, o estudo e classificação, caso a caso, de cada eventual morte materna notificada no SICO.

O presente relatório é constituído por quatro capítulos principais. Do primeiro consta um breve enquadramento internacional. O segundo capítulo apresenta a evolução do número de mortes maternas e do rácio de mortalidade materna em Portugal. O capítulo seguinte é dedicado à vigilância da mortalidade materna, à caracterização e análise das mortes maternas no quinquénio 2017 a 2021. As recomendações face à análise efetuada constituem o último capítulo.

<sup>3</sup> Despacho 009/2022, de 13 de maio, da Diretora-Geral da Saúde

## II. Contexto internacional

De acordo com dados da OMS, a mortalidade materna varia de forma significativa entre os diferentes continentes (Figura 1), com os valores mais elevados em África. Em 2020, Portugal tinha um RMM de 12 mortes por 100 000 nados-vivos, valor similar aos restantes países da Europa.

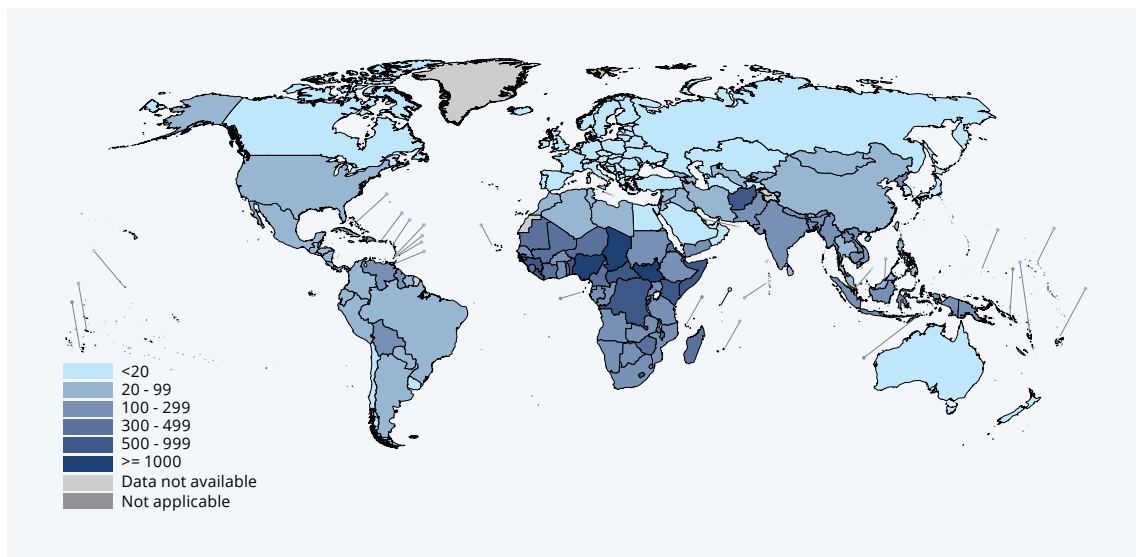


Figura 1. **Rácio de mortalidade materna, por país, 2020**

Fonte: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372247/9789240069251-eng.pdf?sequence=1>, consultado a 26-07-2024

Outro dado relevante é o posicionamento de Portugal no conjunto dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Assim, verifica-se que Portugal apresenta um RMM ligeiramente acima da média da OCDE, de 11,8 mortes por 100 000 nados-vivos comparativamente com 10,9 mortes por 100 000 nados-vivos.

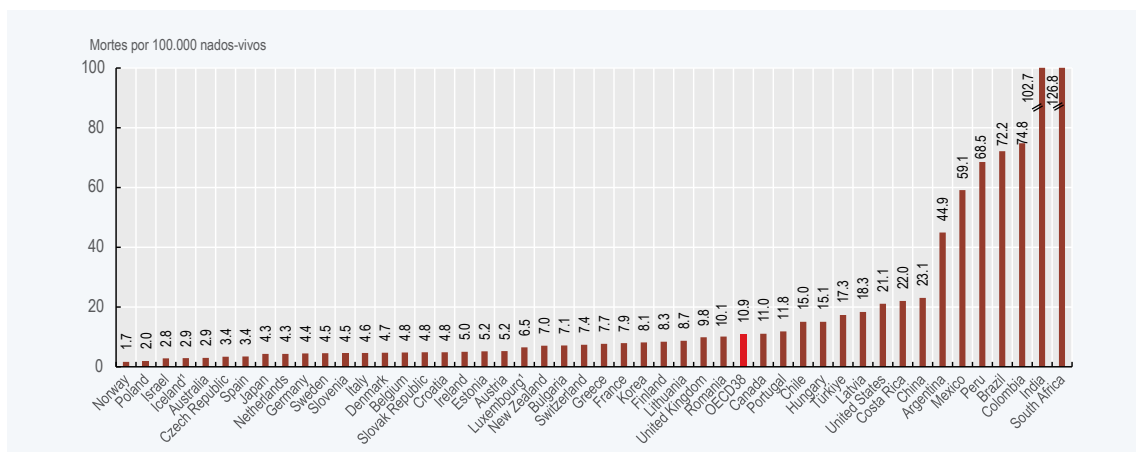


Figura 2. **Rácio de mortalidade materna, por país membro da OCDE, média de 3 anos, 2020-2022**

Fonte: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/maternal-mortality-ratio-estimates-2020\\_4d361652-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/maternal-mortality-ratio-estimates-2020_4d361652-en)

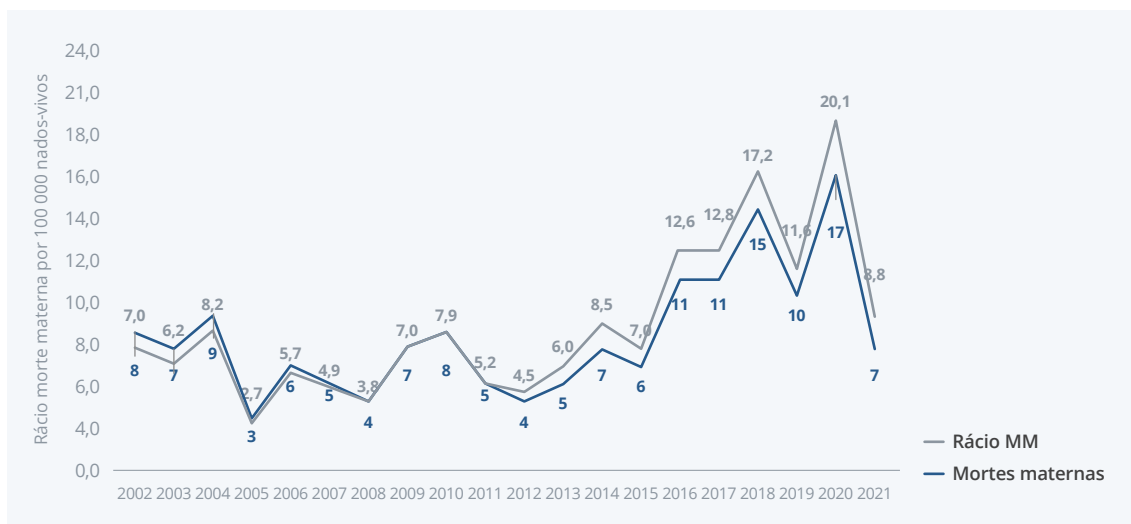
### III.

# Evolução do número de mortes maternas e do rácio de mortalidade materna em Portugal

O presente capítulo pretende apresentar a evolução da mortalidade materna em Portugal através do número de mortes maternas publicados nas estatísticas oficiais e do RMM<sup>4</sup>. O Gráfico 1 apresenta a evolução temporal do número de mortes maternas e do RMM, em Portugal, entre 2002 e 2021, de acordo com as estatísticas oficiais.

As estatísticas oficiais da mortalidade, incluindo as referentes à mortalidade materna, são produzidas e divulgadas pelo INE, depois de um processo de validação conjunto entre este e a DGS. Por este motivo, e à semelhança do que acontece com outros países, existe uma diferença entre a data do óbito e a divulgação das estatísticas oficiais. De destacar que Portugal pertence ao grupo de países que mais atempadamente reporta os dados de mortalidade ao Eurostat, num prazo máximo de 18 meses após o final do ano em análise.

Gráfico 1. **Evolução do número de mortes maternas e do rácio de mortalidade materna, Portugal, 2002-2021**



Fonte: SICO-DGS/INE, 2024

Nota 1: 2014 - Quebra de série de metodologia de recolha e de obtenção de dados de todas as mortes ocorridas em Portugal, devido a implementação do SICO<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Calculado através do número de mortes maternas durante um determinado período, dividido pelo número de nados-vivos ocorridos durante o mesmo período, multiplicado por 100.000.

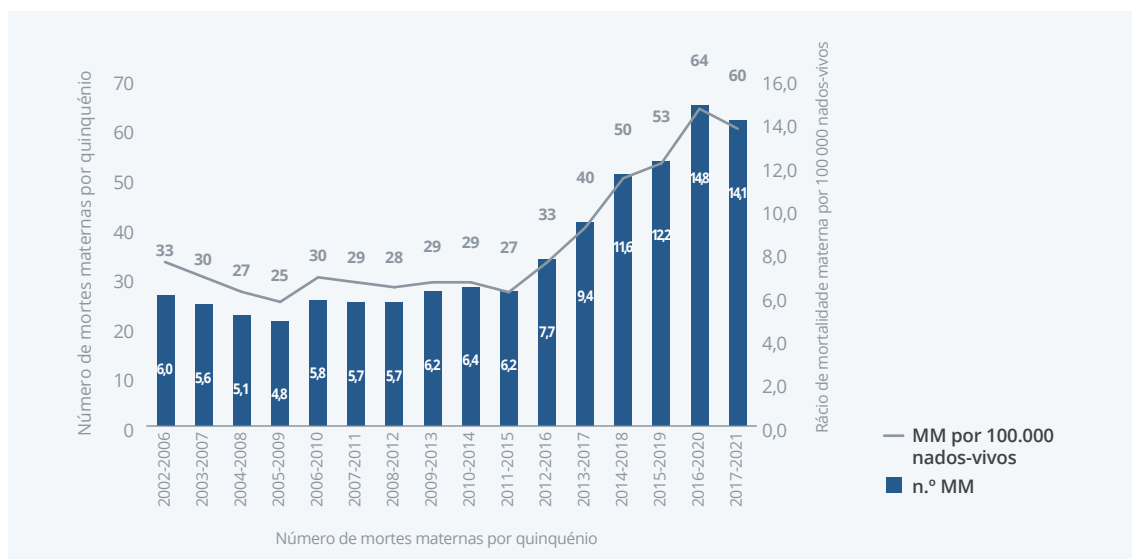
<sup>5</sup> Lei n.º 15/2012, de 3 de abril - Cria e regula o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), transição do registo dos mortes em papel para o registo dos mortes eletronicamente em todo o território nacional.

Entre 2002 e 2015 (Gráfico 1), observam-se valores absolutos de mortes maternas que oscilam entre 3 e 6 e de RMM entre 2,7 e 8,5 mortes por 100.000 nados-vivos. Após 2015, observa-se um aumento mantido do número de mortes, variando entre 7 e 17, e do RMM entre 8,8 e 20,1 mortes por 100.000 nados-vivos. O valor máximo observado no período em análise verificou-se em 2020, coincidente com a pandemia por COVID-19, quando ocorreram 17 mortes e o RMM foi de 20,1 mortes por 100.000 nados-vivos. Importa salientar que a partir de 2014, foi alterada a metodologia de recolha e obtenção de dados de todas as mortes ocorridas em Portugal, através da implementação do SICO. Neste sistema de informação, têm sido desenvolvidos mecanismos de melhoria de modo a aumentar a sensibilidade e a qualidade dos dados sobre mortes maternas, de acordo com as recomendações da OMS.

Uma dessas melhorias foi a inclusão nos Certificados de Mortes de campos identificadores de condição, nos casos de mortes em mulheres com idades entre os 10 e os 54 anos. Esta implementação permitiu desenvolver um sistema de alerta em tempo real para mortes maternas. Assim, se identificadas situações de morte em mulheres entre os 10 e os 54 anos de idade, que simultaneamente reúnam uma de quatro condições («na gravidez», «durante o parto», «no puerpério (até 42 dias após o parto)» ou «entre 43 dias e um ano após um parto»), são gerados alertas que permitem o estudo de mortes maternas em tempo útil. Este sistema de alerta de eventuais mortes maternas, permite, desde 2021, despoletar um estudo detalhado de cada morte materna, em tempo útil. Esta implementação traduz-se no aumento da sensibilidade (isto é, num aumento da probabilidade de o sistema conseguir identificar mortes maternas) e na melhoria da qualidade dos dados e da informação do sistema de vigilância da mortalidade materna.

A implementação do SICO e dos respetivos mecanismos de melhoria pode justificar o aumento do número de mortes maternas e do RMM a partir de 2014, pelo aumento da sensibilidade e pela diminuição de fenómenos de subnotificação. Todavia, é importante ressaltar que as mortes maternas constituem eventos raros. Assim, a variação de um pequeno número de mortes maternas pode resultar numa variação da mortalidade aparentemente maior. Deste modo, a análise da mortalidade materna em séries temporais justifica-se para reduzir os efeitos das variações causadas pelo número reduzido de mortes maternas.

Gráfico 2. **Evolução do número de mortes maternas e do rácio de mortalidade materna, por quinquénios, 2002-2021**



Fonte: Número de mortes maternas e rácio de mortalidade materna: INE, 2024

Verifica-se que o número de mortes maternas e o RMM por quinquénio (gráfico 2) aumentou de forma relevante a partir do quinquénio 2012-2016, apresentando nesse período 33 mortes maternas, o correspondente a um RMM de 7,7 mortes maternas por 100.000 nados-vivos. O valor mais alto registado foi para o quinquénio de 2016-2020, com 64 mortes maternas e um RMM de 14,8 mortes maternas por 100.000 nados-vivos. No quinquénio 2017-2021 existe uma aparente diminuição tanto do número de mortes maternas como do RMM, respetivamente 60 mortes e 14,2 mortes maternas por 100.000 nados-vivos.

De referir que, sendo o RMM calculado também com base no número de nados-vivos, a variação destes tem também influência direta no cálculo do RMM. Por isso, é crucial considerar ambos os números – de nados-vivos e de mortes maternas – para uma interpretação precisa das tendências na mortalidade materna, uma vez que uma diminuição dos nados-vivos, juntamente com um aumento das mortes maternas, ainda que discreto, pode resultar num aumento significativo do RMM. Assim, importa ressaltar que desde 2018 que o número de nados-vivos em Portugal tem vindo a diminuir e que o número de nados-vivos no quinquénio de 2017-2021 foi o menor relativamente aos três períodos homólogos anteriores, o que poderá contribuir para os valores aqui apresentados.

# IV.

## Vigilância da mortalidade materna, caracterização e análise das mortes maternas 2017-2021

### 4.1 Vigilância da mortalidade materna

A vigilância da mortalidade e o estudo detalhado das mortes maternas desempenham papéis complementares na compreensão e nos contributos para a mitigação da mortalidade.

A vigilância da mortalidade materna, em Portugal, é realizada através do SICO. A qualidade da informação disponível neste sistema de informação tem vindo a sofrer melhorias significativas. Por um lado, as fontes de informação disponíveis através do SICO também incluem dados de fontes externas à saúde, nomeadamente do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P., contribuindo para que a informação seja mais completa, precisa e útil. Por outro lado, desde 2019, a aplicação do sistema de codificação múltipla tem contribuído para a melhoria da qualidade da informação disponível sobre mortes maternas. A codificação múltipla não só atribui o código de causa básica de morte, como também atribui códigos para as morbilidades identificadas no certificado de óbito. Esta melhoria permite alargar o conhecimento sobre as circunstâncias que envolvem a morte materna. Para além de aumentar a qualidade dos dados, identifica fatores contributivos, incluindo situações clínicas e patológicas associadas e/ou preexistentes e implicadas no processo das mortes.

Paralelamente, foram também promovidos estudos detalhados de cada morte materna de forma sistemática e contínua. Esta iniciativa vem dar resposta às recomendações internacionais, nomeadamente da OMS, no sentido de promover e desenvolver um sistema de vigilância e resposta que incluía a revisão de todas as mortes maternas e as necessárias investigações sobre as causas e circunstâncias que as envolveram<sup>6</sup>.

Assim, desde 2022, este estudo é efetuado por uma Comissão criada para o efeito – a Comissão de Acompanhamento da Mortalidade Materna (CAMM)<sup>7</sup>. A CAMM é constituída por um conjunto multidisciplinar de peritos nacionais e conta com representantes da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros. A Comissão pode, sempre que entender necessário, solicitar o apoio técnico de outros elementos, como peritos, especialistas ou instituições, para o desenvolvimento dos trabalhos a realizar. O sistema de alertas do SICO, em tempo real, de eventuais mortes maternas, despoleta a ação da CAMM para cada morte.

O estudo inicia-se com a aplicação de um formulário de comunicação de morte materna à instituição onde ocorreu o óbito para recolha de informação mais detalhada. Esta informação permite à CAMM esclarecer melhor a cadeia de eventos que culminou com a morte, e pode incluir diferentes instituições de saúde e entidades externas, de acordo com o percurso da mulher no sistema de saúde. Após conclusão da primeira fase de recolha de dados, são efetuadas visitas de campo às instituições consideradas relevantes na cadeia de eventos do processo de morte materna.

<sup>6</sup> WHO, 2015, Maternal death surveillance and response: technical guidance information for action to prevent maternal death. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/87340/9789241506083\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/87340/9789241506083_eng.pdf?sequence=1)

<sup>7</sup> A CAMM foi nomeada através do Despacho n.º 9/2022 da Diretora-Geral da Saúde

Os dados do SICO da vigilância da mortalidade materna podem fornecer dados em tempo real e oferecer uma visão contínua e abrangente das tendências de mortalidade. Os dados provenientes da análise detalhada de cada caso e de estudos de investigação oferecem uma análise aprofundada e detalhada das causas.

A integração de ambas as fontes é essencial para contribuir para políticas de saúde pública e práticas clínicas que fomentem a melhoria da saúde materna e potenciem a resposta do sistema de saúde na prevenção, proteção e promoção da saúde materna, bem como na abordagem das complicações que ocorrem durante a gravidez e no parto. Assim, os dados das próximas secções são baseados na informação proveniente do SICO, complementada pela informação obtida nos estudos detalhados das mortes maternas efetuados pela CAMM.

## 4.2 Metodologia para caracterização e análise das mortes maternas

As fontes de informação consideradas para a caracterização e análise das mortes maternas neste relatório foram:

- i)** Informação disponível nos documentos do SICO;
- ii)** Informação recolhida através do formulário de comunicação de mortes maternas enviado às instituições de saúde onde ocorreram eventuais mortes maternas;
- iii)** Informação recolhida junto do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P., sempre que este tivesse intervenção na cadeia de eventos;
- iv)** Informação consultada pela CAMM nos sistemas de informação (clínicos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica) de cada instituição hospitalar, de acordo com o percurso da mulher no sistema de saúde associado ao processo de morte materna que culminou com a morte;
- v)** Informação disponibilizada pelo Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P., sempre que aplicável.

Após visita às instituições de saúde, os elementos da CAMM elaboram um relatório para cada caso, em formato de narrativa, de acordo com a cronologia da cadeia de eventos. Todas as narrativas são apresentadas, discutidas e revistas em sede de reunião plenária da CAMM, sendo discutida e proposta uma classificação de acordo com a aplicação dos critérios da OMS à classificação das mortes maternas através da CID-10. Por questões jurídicas, esta informação não integra SICO, pelo que não é vertida na produção das estatísticas oficiais. Atualmente, está a considerar-se a proposta de integração desta informação, para que também seja incluída no processo de produção das estatísticas oficiais.

A análise apresenta algumas limitações que podem impactar os resultados, entre as quais se destacam:

- i)** Dificuldades no acesso aos dados dos sistemas de informação clínicos, nomeadamente impossibilidade de acesso ao Registo de Saúde Eletrónico após o óbito, impedindo a consulta dos registos dos cuidados de saúde primários;
- ii)** Impossibilidade de acesso ao relatório integral das autópsias médico-legais.

Entre 2017 e 2021, foram consideradas 60 mortes maternas, de acordo com a definição da OMS. Contudo, e apesar de não estarem incluídas na definição da OMS, o SICO também gera alertas para mortes maternas por causas externas (como por exemplo, decorrentes de acidentes de viação) ou que aconteceram depois dos 42 dias após o término da gravidez, mas que não foram considerados para o presente relatório.

### 4.2.1 Grupos etários

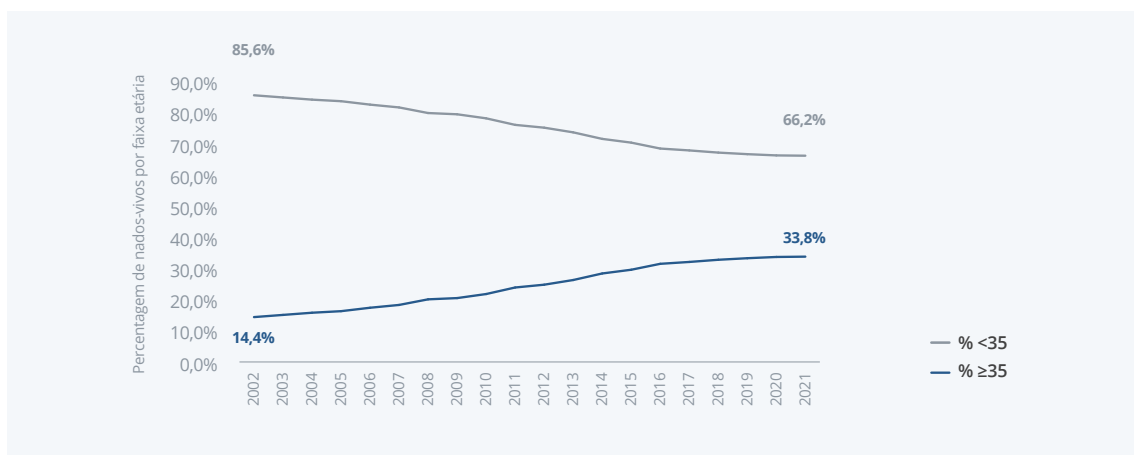
Analisando a evolução das mortes maternas por ano, a maioria ocorre no grupo etário dos 35 aos 39 anos (Tabela 1). Este é também o grupo etário onde, na última década, ocorrem mais nascimentos. Verifica-se que a percentagem de nados-vivos de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (Gráfico 3), apresentou um incremento evidente. Em 2002, a percentagem foi de 14,4% do total de nados-vivos; em 2021 foi de 33,8%. Nos 5 anos em análise (2017-2021) manteve-se a variação crescente (1,9 pontos percentuais).

Tabela 1. **Distribuição do número de mortes maternas, por grupo etário e por ano, 2014 -2021**

Ano	<20 anos	20-24 anos	25-29 anos	30-34 anos	35-39 anos	>39 anos	Total
2014	1	0	2	1	2	1	7
2015	0	0	1	1	2	2	6
2016	0	0	3	2	5	1	11
2017	0	1	3	1	4	2	11
2018	0	0	5	4	4	2	15
2019	0	1	2	4	1	2	10
2020	0	1	2	5	4	5	17
2021	0	1	0	1	3	2	7
<b>Total</b>	1	4	18	19	25	17	84

Fonte: SICO; formulário de comunicação de morte materna e CAMM, 2024

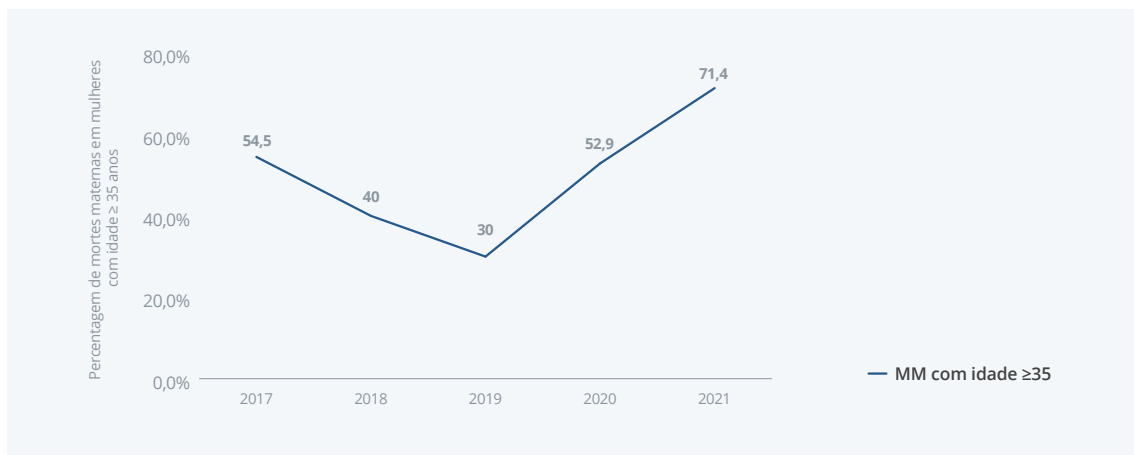
Gráfico 3. **Evolução da percentagem de nados-vivos filhos de mulheres com idade inferior e maior ou igual a 35 anos de idade, 2002-2021**



Fonte: Nados-vivos (%) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário da mãe e Natureza do parto da mãe; Anual - INE, Nados-vivos, 2024.

A par com o aumento de nados-vivos a partir dos 35 anos, no quinquénio 2017-2021, a percentagem de mortes maternas ocorridas em idades ≥35 anos também tem aumentado, registando-se neste grupo o total de 29 mortes maternas (Gráfico 4).

Gráfico 4. **Evolução da proporção das mortes maternas com idade ≥35 anos, 2017-2021**



Fonte: Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário da mãe e Natureza do parto da mãe; Anual - INE, Nados-vivos.

Analisando as mortes maternas por quinquênios, observa-se um incremento no número de mortes maternas acima dos 39 anos de idade, apesar de se manter uma preponderância nos grupos etários dos 30-34 e 35-39 anos de idade (Tabela 2).

Tabela 2. **Distribuição do número de mortes maternas por grupo etário e por quinquênio, 2014-2021**

Ano	<20 anos	20-24 anos	25-29 anos	30-34 anos <sup>2</sup>	35-39 anos	>39 anos	Total
2014 - 2018	1	1	14	9	17	8	50
2015 - 2019	0	2	14	12	16	9	53
2016 - 2020	0	3	15	16	18	12	64
2017 - 2021	0	4	12	15	16	13	60

Fonte: SICO; formulário de comunicação de morte materna e CAMM, 2024

Quando calculado o rácio de mortalidade materna, a partir da agregação dos dados por quinquênio verifica-se um significativo aumento do risco, principalmente a partir dos 40 anos (tabela 3).

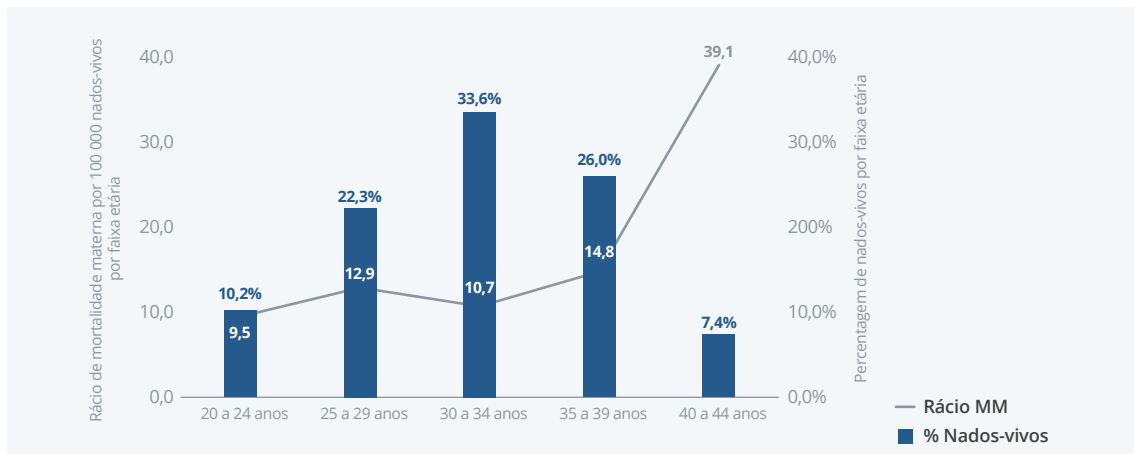
Tabela 3. **Rácio de mortalidade materna, por grupo etário, por quinquênios, 2014-2021**

Quinquênio	Rácio Mortalidade Materna (por 100.000 nados-vivos)					
	<20 anos	20-24 anos	25-29 anos	30-34 anos	35-39 anos	40-44 anos
2014-2018	8,9	2,3	14,7	6,1	16,1	31,1
2015-2019	0,0	4,5	14,7	8,2	14,7	32,1
2016-2020	0,0	6,9	15,9	11,2	16,4	36,9
2017-2021	0,0	9,5	12,9	10,7	14,8	39,1

Fonte: SICO; formulário de comunicação de morte materna e CAMM, 2024; INE, 2024

Analisando o quinquénio 2017-2021 desagregado por grupo etário, observa-se um baixo RMM nas mulheres com menos de 25 anos; intermédio dos 26 aos 40 anos; e elevado acima dos 40 anos. No grupo etário dos 40 a 44 anos, é aproximadamente três vezes e meia superior àquele observado até aos 34 anos. (Gráfico 4) Estes dados estão alinhados com a literatura, sendo que as mulheres a partir dos 35 anos evidenciam um risco maior de complicações relacionadas com a gravidez, parto e puerpério ou de agravamento provocado pela gravidez de uma condição de saúde prévia.

Gráfico 5. **Distribuição da proporção de nados-vivos e do rácio de mortalidade materna, por grupos etários, no quinquénio, 2017-2021**



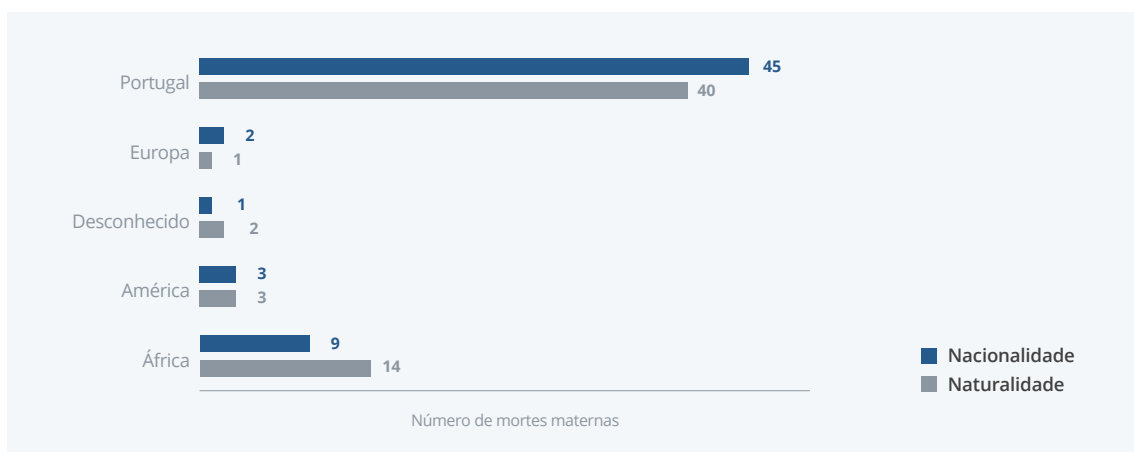
Fonte: SICO; formulário de comunicação de morte materna e CAMM, 2024; INE, 2024

#### 4.2.2 Naturalidade e nacionalidade

Das 60 mortes maternas registadas no quinquénio 2017-2021, 40 mulheres (69%) eram naturais de Portugal. A naturalidade não portuguesa representou 31% do total (18 casos). A naturalidade com origem em países do continente africano foi a mais representativa (14 casos), seguida do continente americano (3 casos) e um caso com naturalidade de um outro país europeu. Em 2 casos desconhece-se a naturalidade (Tabela 1).

Neste período, 45 mulheres (75%) tinham nacionalidade portuguesa e 15 eram de nacionalidade estrangeira (25%); é desconhecido o país de nacionalidade em 1 caso, no entanto, sabe-se que a mulher não tinha nacionalidade portuguesa (Gráfico 6).

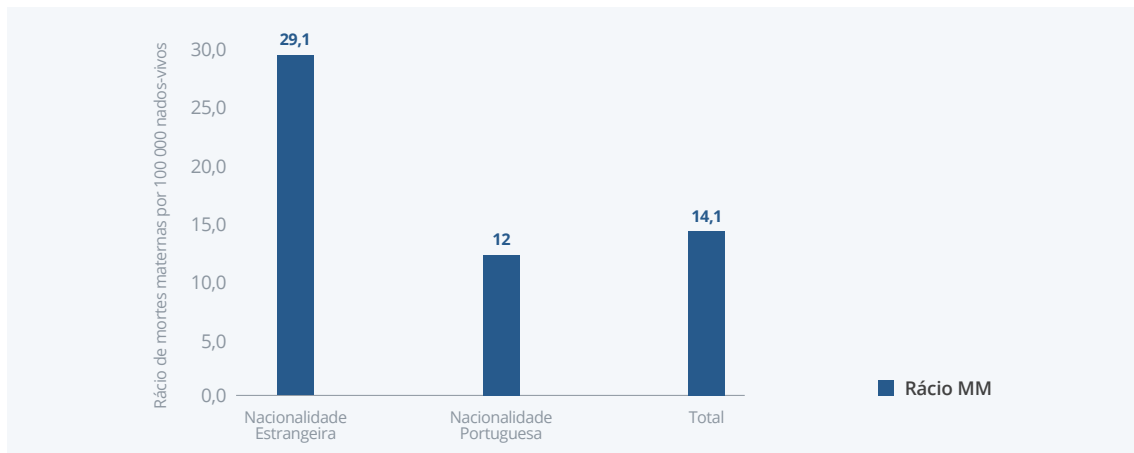
Gráfico 6. **Número de mortes maternas por naturalidade e nacionalidade, 2017-2021**



Fonte: SICO; formulário de comunicação de morte materna e CAMM, 2024

Quando analisados os números de mortes maternas por 100.000 nados-vivos, verificam-se diferenças relevantes entre as mulheres de nacionalidade portuguesa e as mulheres de nacionalidade estrangeira no quinquénio 2017-2021. Assim, o RMM das mulheres com nacionalidade portuguesa é de 12,0 mortes maternas por 100.000 nados-vivos e o RMM das mulheres com nacionalidade estrangeira é de 29,1 por 100.000 nados-vivos (Gráfico 7).

Gráfico 7. **Rácio de mortalidade materna de mulheres de nacionalidade portuguesa e de mulheres estrangeiras, 2017-2021**

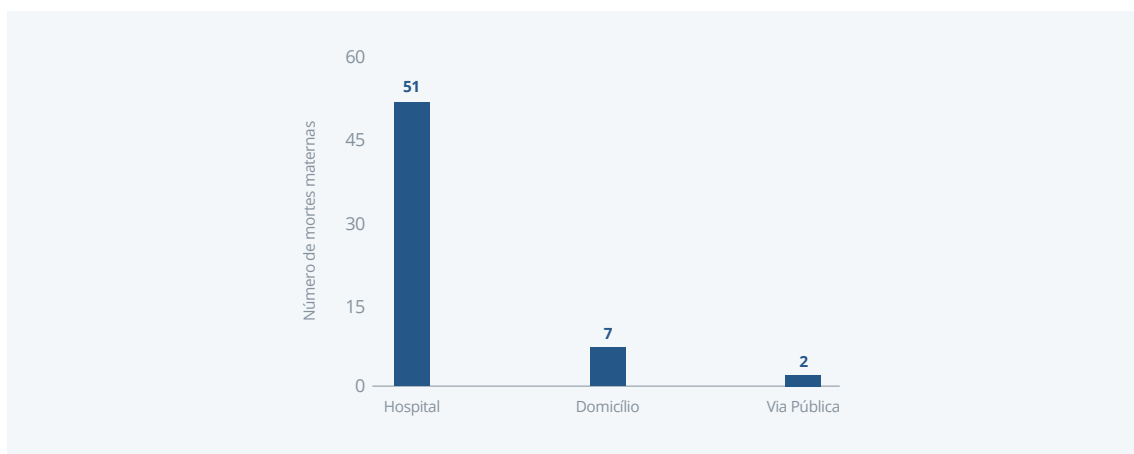


Fonte: SICO; formulário de comunicação de morte materna e CAMM | DGS, 2024; INE, nados-vivos, 2024

#### 4.2.3 Local do óbito

No que respeita ao local do óbito, 51 mortes maternas (85%) ocorreram em instituições hospitalares e as restantes no domicílio e via pública (9 mortes) (Gráfico 8). Das mortes ocorridas em hospitais, verificou-se que 98% ocorreram em instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e 2% em instituição privada.

Gráfico 8. **Distribuição das mortes maternas, por local do óbito, em número absoluto de mortes, 2017-2021**



Fonte: SICO; formulário de comunicação de morte materna e CAMM | DGS, 2024

#### 4.2.3.1 Local do óbito por região de saúde

Na tabela 4, observa-se a distribuição das mortes maternas, independentemente da tipologia do local do óbito (contexto hospitalar, via pública e domicílio), do total de mulheres residentes em Portugal (60 casos), pode observar-se que na região de Lisboa e Vale do Tejo ocorreram 50% das mortes maternas seguida da região Norte (28,3%) e Centro (15%). Em termos de RMM, o mesmo variou entre 9,3 por 100.000 nados-vivos (região do Algarve) e 21,3 por 100.000 nados-vivos (Região Autónoma da Madeira). A região de Lisboa e Vale do Tejo apresentou um RMM de 17,4 mortes maternas por 100.000 nados-vivos.

Relativamente às 51 mortes maternas que ocorreram em contexto hospitalar, verificou-se que a maioria dos casos (52,9%) ocorreram em unidades de saúde na região de Lisboa e Vale do Tejo, seguida da região Norte (27,5%) e 13,7% na região Centro.

Nas instituições hospitalares da região de Lisboa e Vale do Tejo ocorreram 3 mortes maternas cuja residência da mulher pertencia a uma outra região de saúde - Regiões Norte e Alentejo (transferências inter-hospitalares).

No período entre 2017-2021 registaram-se transferências inter-hospitalares em 12 mortes maternas (23,5%) por necessidade de apoio de especialidades não disponíveis nas instituições que primariamente receberam a mulher.

Tabela 4. **Número, proporção e rácio de mortalidade materna de mulheres, por região de saúde onde ocorreu o óbito, 2017-2021**

Regiões de Saúde do Continente e Regiões Autónomas	N.º de mortes maternas	N.º de nados-vivos	RMM
<b>Norte</b>	17	133.880	12.7
<b>Centro</b>	9	57.797	15.6
<b>Lisboa e Vale do Tejo</b>	30	172.854	17.4
<b>Alentejo</b>	0	17.783	0.0
<b>Algarve</b>	2	21.427	9.3
<b>Região Autónoma dos Açores</b>	0	10.749	0.0
<b>Região Autónoma da Madeira</b>	2	9.374	21.3
<b>Total</b>	60	423.864	14.2

Fonte: SICO; formulário de comunicação de morte materna e CAMM | DGS, 2024

#### 4.2.4 Região de saúde da residência da mulher

A região de saúde onde ocorreram as mortes nem sempre coincidiu com a região de residência da mulher. As transferências hospitalares das mulheres para locais com capacidade para assegurar os cuidados com maior nível de diferenciação, verificou-se em vários casos, conforme relatado no subcapítulo do local do óbito.

Para esta análise, apenas se consideram as mulheres residentes em Portugal, sendo excluídos os dois casos em que as mulheres não eram residentes em Portugal e apenas se encontravam no país há menos de duas semanas.

Assim, no que respeita à área de residência da mulher, verifica-se que a maioria das mulheres residia na área de influência da região de LVT (44,8%), seguido da região Norte (31%) e Centro (13,8%).

Na tabela 5 observa-se que a frequência relativa das mortes maternas por região não é diretamente proporcional ao RMM na mesma região. A região de LVT apesar de ter a maior percentagem de mortes maternas (44,8%), não apresenta o maior rácio de mortalidade materna neste quinquénio (tabela).

Tabela 5. **Número de mortes maternas, rácio de mortalidade materna e taxa de mortalidade materna por região de saúde de residência, Portugal, 2017-2021**

Região de saúde de residência	Número de Mortes Maternas para cálculo do RMM	Nados-vivos	Rácio de Mortalidade Materna (por 100.000 nados-vivos)	População em idade fértil	Taxa de Mortalidade Materna
Norte	18	133.880	13,4	3.962.289	0,5
Centro	8	57.797	13,8	1.670.537	0,5
Lisboa e Vale do Tejo	26*	172.854	15,0	4.128.396	0,6
Alentejo	2	17.783	11,2	447.603	0,4
Algarve	2	21.427	9,3	496.080	0,4
Região Autónoma da Madeira	2	9.374	21,3	281.002	0,7
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>423864</b>	<b>13,7</b>	<b>10985907</b>	<b>0,5</b>

Fonte: N.º de MM: SICO, formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024; N.º de Nados-Vivos: INE

\* das 26 mortes maternas em LVT, 1 ocorreu numa mulher com idade superior à considerada na definição de idade fértil, pelo que foi excluída da análise da taxa de mortalidade materna. A idade fértil considerada é entre os 15 e os 49 anos.

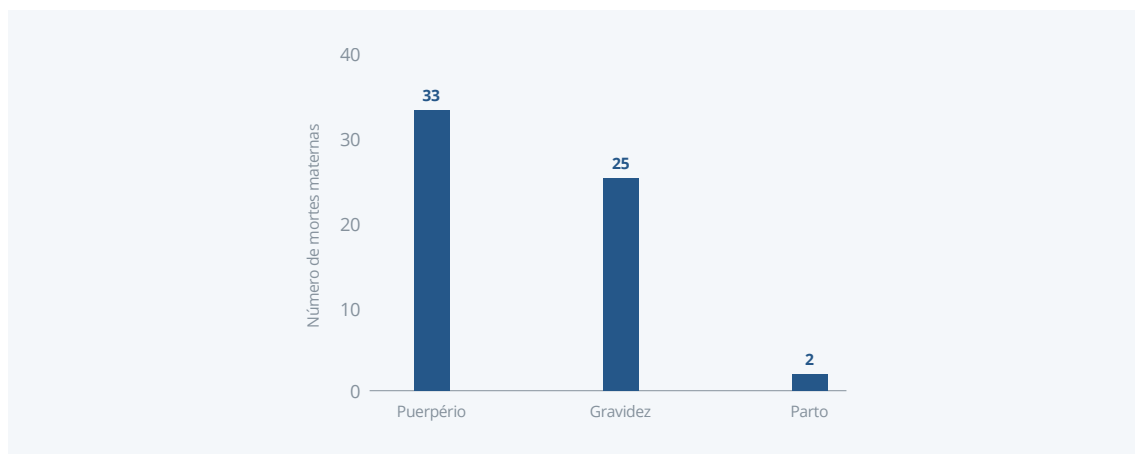
Nota: Em 2 mortes, as mulheres não eram residentes em Portugal, pelo que não foram considerados para o cálculo do rácio e da taxa de mortalidade materna.

**Não foram registadas mortes maternas em mulheres residentes na Região Autónoma dos Açores.**

#### 4.2.5 Momento do óbito

Quanto ao momento do óbito, em 25 casos a morte ocorreu durante a gravidez (41,7%), em 2 casos durante o parto (3,3%) e em 33 no puerpério (55,0%). Destaca-se, no entanto, que em algumas situações a cadeia de eventos de morte se iniciou durante o parto, mas o óbito apenas viria a ocorrer já no puerpério.

Gráfico 9. **Distribuição do número de mortes maternas pelo momento do óbito, 2017-2021**

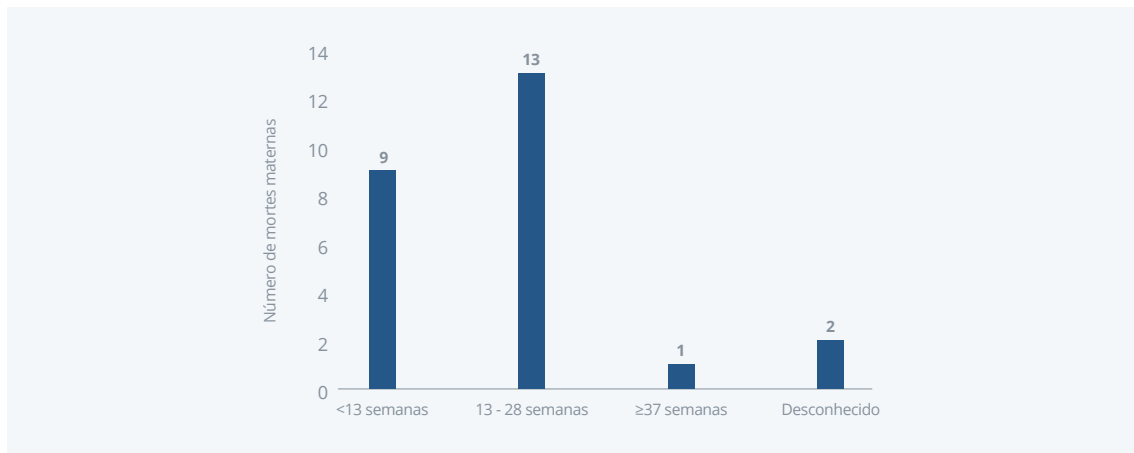


Fonte: SICO; formulário de comunicação de morte materna e CAMM, 2024

Apresenta-se nos gráficos 20 e 21 a idade gestacional (em semanas) e os dias do puerpério no momento das mortes, respetivamente, que ocorreram durante a gravidez e durante o puerpério (até aos 42 dias após o parto).

As mortes que ocorreram durante a gravidez aconteceram, na sua maioria, no primeiro (9 casos; 36%) e segundo (13 casos; 52%) trimestres da gravidez. Uma morte (4%) ocorreu no terceiro trimestre (com idade gestacional de 38 semanas) e em 2 casos (8%) desconheciam-se as semanas exatas de gestação.

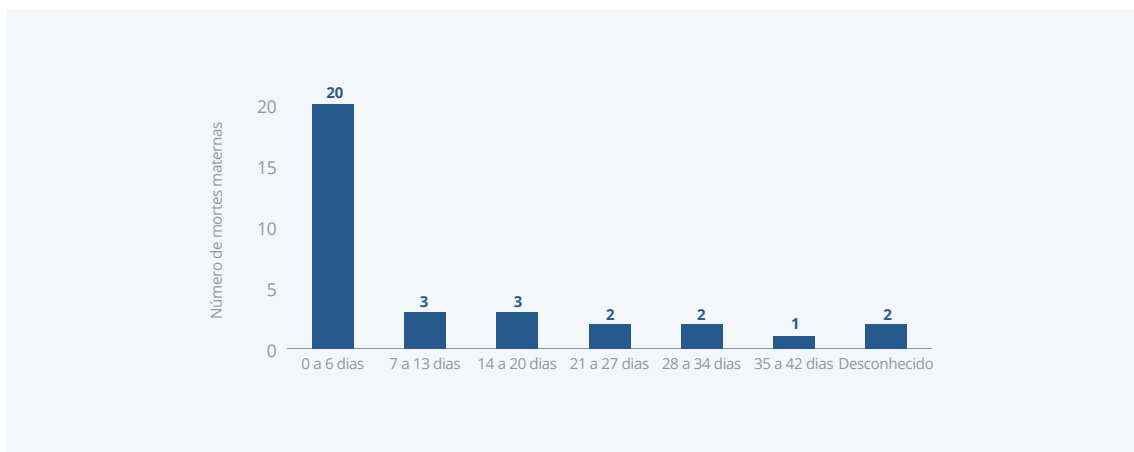
Gráfico 10. **Distribuição do n.º de mortes maternas ocorridas na gravidez, por idade gestacional em semanas, 2017-2021**



Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

As mortes que ocorreram durante o puerpério aconteceram, na sua maioria, nos primeiros 6 dias após o parto (20 casos, 60,6%), sendo que o valor mais frequentemente registado foi de 1 dia de puerpério, com 9 casos. Em 2 casos não foi possível obter essa informação com exatidão.

Gráfico 11. **Distribuição do n.º de mortes maternas ocorridas no puerpério, por dias após o parto, 2017-2021**



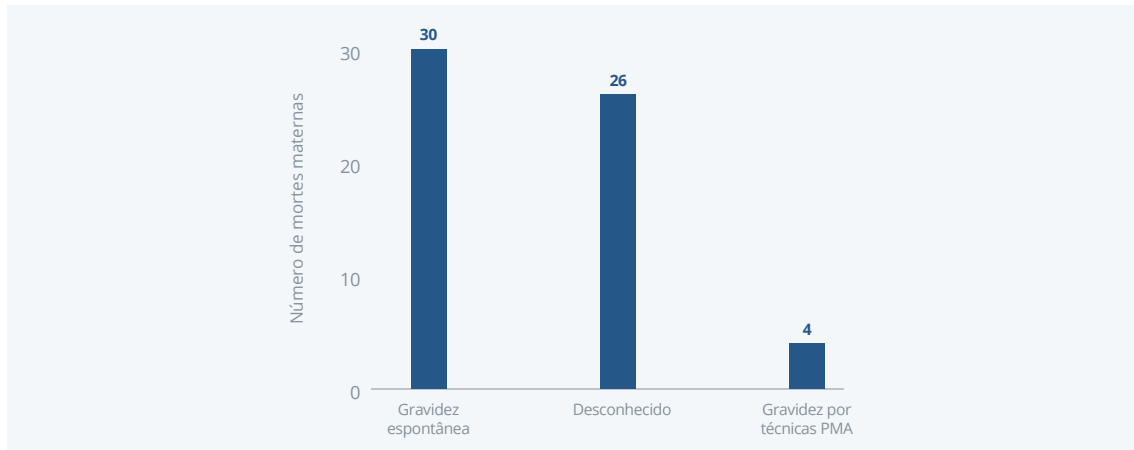
Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

## 4.2.6 Caracterização da gravidez e do parto

### 4.2.6.1 Tipologia da Gravidez

Quanto ao método de concepção, verificou-se que em 30 casos (50%) a gravidez foi espontânea e em 4 casos ocorreu com recurso a técnicas de procriação medicamente assistida (6,7%). Em 26 casos (43,3%) não existe informação sobre o método de concepção. Num dos casos, a gravidez foi obtida com recurso a técnicas de procriação medicamente assistida (PMA) depois dos 50 anos de idade, fora de Portugal<sup>9</sup>.

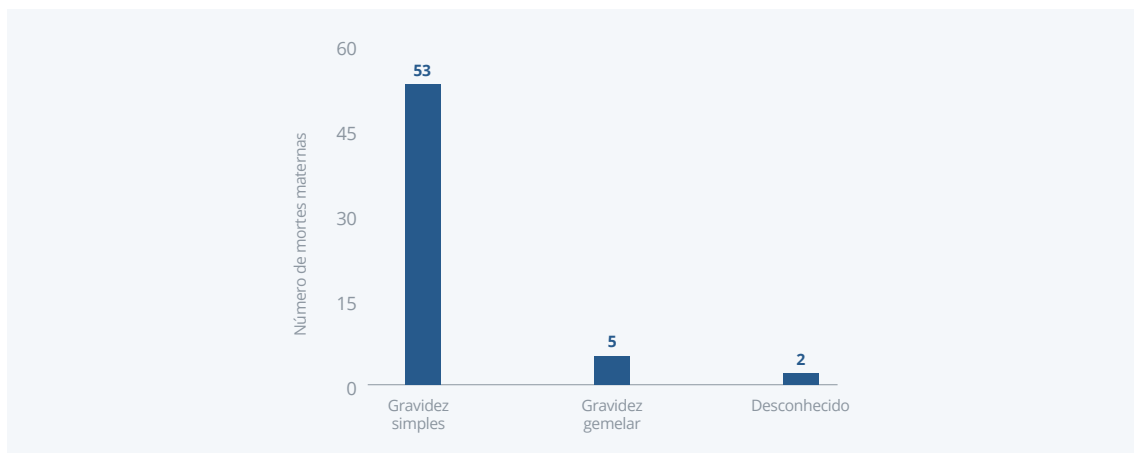
Gráfico 12. **Distribuição da tipologia de concepção da gravidez no quinquénio, 2017-2021**



Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

Relativamente ao tipo de gravidez das 60 mortes maternas, em 5 casos (8,3%) a gravidez foi gemelar, em 53 casos a gravidez foi simples (88,3%). Em 2 situações não foi possível identificar informação sobre esta variável. Nas 5 gravidezes gemelares foram realizadas 4 cesarianas e num dos casos o parto foi com recurso a ventosa para o 1.º gêmeo) e eutócico (parto normal, espontâneo) para o 2.º gêmeo.

Gráfico 13. **Distribuição das mortes maternas por tipologia da gravidez, 2017-2021**



Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

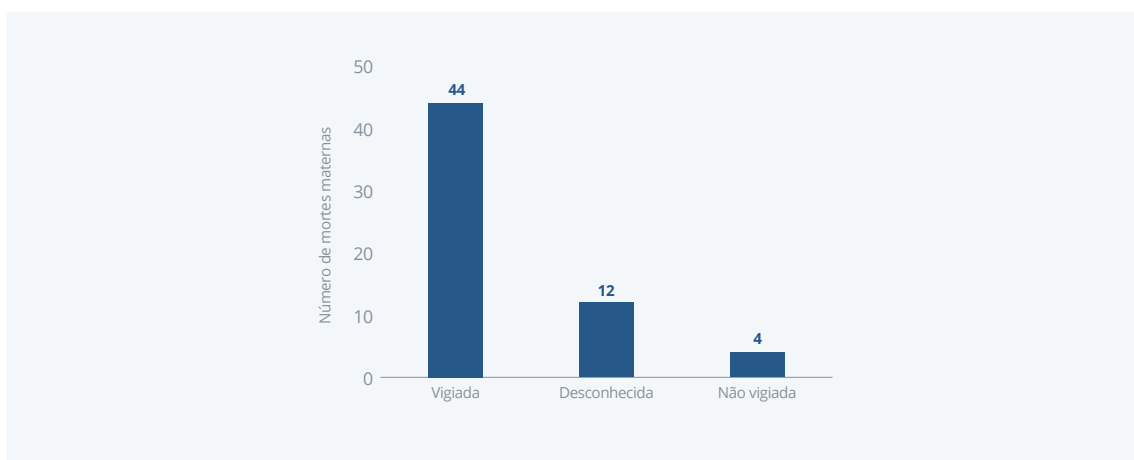
<sup>9</sup> Em Portugal, está determinado um limite legal de idade para as mulheres beneficiárias de técnicas de PMA através da Deliberação n.º 15/II, de 20 de outubro, 2017 do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA): “O CNPMA determina, com a força que decorre do estatuído na alínea b) do n.º 2 do art.º 30.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, que só são elegíveis para beneficiar de técnicas de PMA as mulheres que, no momento da concretização da técnica em causa, tenham uma idade que não ultrapasse os 49 anos e 365 dias (ou 366 se essa idade for completada em ano bissexto)”.

#### 4.2.6.2 Vigilância da Gravidez

Relativamente à consulta de preconceção, no período 2017-2021 verificou-se entre as mortes maternas que 9 mulheres (15%) realizaram consulta pré-concepcional. Destas, em quatro casos foi desaconselhada a gravidez. Em 78,3% (47 casos) não foi identificado qualquer registo sobre esta consulta e em 6,7% (4 casos) foi identificado registo de inexistência de consulta pré-concepcional, mas sem motivo associado.

Relativamente ao local da vigilância da gravidez, em 44 casos (73,3%) a gravidez foi vigiada e em 4 casos existia informação de que a gravidez não foi vigiada. Em 12 casos (21,7%) era desconhecida a vigilância, sendo que em 2 situações a mulher não residia em Portugal (gráfico 14). Num destes dois casos existia registo de gravidez vigiada, mas sem especificação do local.

Gráfico 14. **Distribuição do número de mortes maternas por tipo de vigilância da gravidez, 2017-2021**



Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

Através da informação disponível, foi possível desagregar a tipologia da vigilância da gravidez, como simples ou partilhada e por contexto público (SNS) e/ou privado em 43 dos casos em que existia registo de gravidez vigiada (tabela 6).

Tabela 6. **Distribuição da tipologia de vigilância da gravidez, 2017-2021**

Tipo de vigilância da gravidez		N.º de casos	%
<b>Vigilância da gravidez exclusiva num local</b>	Cuidados de Saúde Primários (CSP)	4	9,3%
	Cuidados Hospitalares	16	37,2%
	Cuidados de saúde Privados	9	20,9%
<b>Vigilância da gravidez partilhada</b>	SNS - CSP + Hospital	8	18,6%
	SNS + Privado	6	14,0%
<b>Total de casos em que o local da vigilância é conhecido</b>		43	100,0%

Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

Dos 43 casos, em que era conhecido o local da vigilância da gravidez, verificou-se que a maior parte das mulheres que fizeram a vigilância apenas num local, fizeram-no em hospitais do SNS (37,2%) e apenas em 4 dos casos (9,3%) foi feita exclusivamente nos cuidados de saúde primários (CSP). Em 9 dos casos (20,9%), a vigilância foi feita em cuidados de saúde privados.

Relativamente à adequação da vigilância da gravidez, 21 mortes maternas ocorreram depois das 36 semanas mais 6 dias de gestação, e destas, sabe-se que 9 tiveram um número de consultas adequado à vigilância da gravidez.

Em quatro casos, durante a vigilância da gravidez, foi proposta interrupção médica da gravidez.

#### 4.2.6.3 Parto

Relativamente ao tipo de parto, dos 33 casos de morte materna que ocorreram durante o puerpério, 20 casos (60,6%) o tipo de parto foi cesariana. A maioria destas foi considerada emergente (14; 70%), 3 urgentes (15%), 1 eletiva por opção da grávida (5%) e 2 cesarianas sem motivo conhecido (10%). Nos restantes casos, verificaram-se 12 partos vaginais, entre os quais 8 eutócicos, um deles complicado por distócia de ombros e 4 instrumentados. Num caso o tipo de parto é desconhecido, por ter sido realizado no domicílio. Num caso, para além dos 33 referidos, foi realizado um parto (cesariana emergente) *post mortem*.

Relativamente ao local do parto, a maioria dos partos ocorreu em ambiente hospitalar (32 partos, correspondente a 97,0%). Nesta análise há a acrescentar que se registou uma tentativa de parto no domicílio, complicada de hemorragia, tendo ocorrido transferência para meio hospitalar onde ocorreu o óbito. Noutro caso, é descrita a situação de morte em que se suspeita de parto no domicílio e desconhecendo-se destino do feto.

#### 4.2.6.4 Condição de saúde

Das 60 mortes maternas no quinquénio 2017-2021, foi possível diagnosticar em 41 casos (68,3%) doenças prévias ao início da gestação. Em 6 casos é desconhecida a existência de patologia prévia (10,0%) e 13 casos não apresentavam registo de patologia prévia relevante (20,8%). Os grupos de diagnóstico mais representados nos registos de diagnósticos prévios à gravidez foram os grupos de doenças cardiovasculares e endócrinas e do metabolismo, sendo o diagnóstico de obesidade o mais prevalente, seguido da hipertensão arterial.

Tabela 7. **Diagnósticos registados sobre doenças prévias à gravidez, 2017-2021**

Doenças prévias à gravidez		
Grupos de doenças	Diagnósticos	N.º de diagnósticos
<b>Endócrinas e do metabolismo (19 diagnósticos)</b>	Diabetes Mellitus tipo I	1
	Diabetes Mellitus tipo II	1
	Patologia da tiróide	4
	Obesidade	12
	Dislipidemia	1
<b>Hematológicas (11 diagnósticos)</b>	Púrpura trombocitopénica trombótica	3
	Hemoglobinopatias	4
	Alterações coagulação	2
	Anemia	1
	Síndrome Hemolítico-urémico	1
<b>Doenças autoimunes (6 diagnósticos)</b>	Lupus eritematoso sistémico	3
	Síndrome anticorpos antifosfolípidos	2
	Síndrome de Sjogren	1

<b>Doenças prévias à gravidez</b>		
<b>Cardiovascular (19 diagnósticos)</b>	Hipertensão arterial	8
	Hipertensão pulmonar	3
	Valvulopatia	2
	Cardiomiopatia hipertrófica	2
	Comunicação interventricular	1
	Tromboembolismo pulmonar	1
	Hipertrofia ventricular Esquerda com hipertensão	1
	Coronariopatia aterosclerótica estenosante	1
	Hepatite B	5
	Asma	4
<b>Outras (31 diagnósticos)</b>	Insuficiência venosa	2
	Epilepsia	2
	Depressão	3
	Transplante renal	1
	Endometriose	1
	Vírus da Imunodeficiência Humana	1
	Esclerose múltipla	1
	Feocromocitoma	1
	Tumor amígdala	1
	Nefropatia diabética	1
	Alcoolismo	1
	Neoplasia do útero	1
	Síndrome de Mauriac	1
	Cirrose	1
	Tumor mucinoso borderline do ovário	1
	Neoplasia da mama	1
	Doença renal poliquística autossômica dominante	1
	Teratoma do ovário	1

Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

Como antecedentes obstétricos relevantes, foram identificados 4 diagnósticos diferentes, sendo a cesariana o mais frequente.

Tabela 8. **Antecedentes obstétricos identificados nos registos das MM, 2017-2021**

Antecedentes Obstétricos	N.º de diagnósticos
Cesariana(s) anterior(es)	4
Hemorragia pós-parto nos antecedentes	1
Feto morto nos antecedentes	1
Pré-eclâmpsia em gravidez(es) anterior(es)	1

Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

Em 23 casos foi diagnosticada patologia durante a gravidez, sendo que os diagnósticos mais prevalentes, foram a pré-eclâmpsia e a diabetes gestacional.

Tabela 9. **Diagnósticos registados durante a gravidez, 2017-2021**

Doenças diagnosticadas na gravidez	N.º de diagnósticos
Pré-eclâmpsia	6
Diabetes gestacional	5
Rotura de membranas	3
Anemia	2
Pancreatite aguda	1
Leucemia promielocítica	1
Leucemia	1
Cistite	1
Hipertensão arterial	2
Tromboflebite membro inferior	1
Lesão renal aguda	1
Rotura Prematura de Membranas Pré-Termo	1

Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

Em termos de fatores de risco, foram identificadas 4 condições diferentes, sendo o excesso de peso o mais prevalente.

Tabela 10. **Outros fatores de risco identificados nos registos das MM, 2017-2021**

Outros fatores de risco identificados	N.º de diagnósticos
Excesso de peso	8
Tabagismo	5
Violência doméstica	1
Idade materna (>50 anos)	1

Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

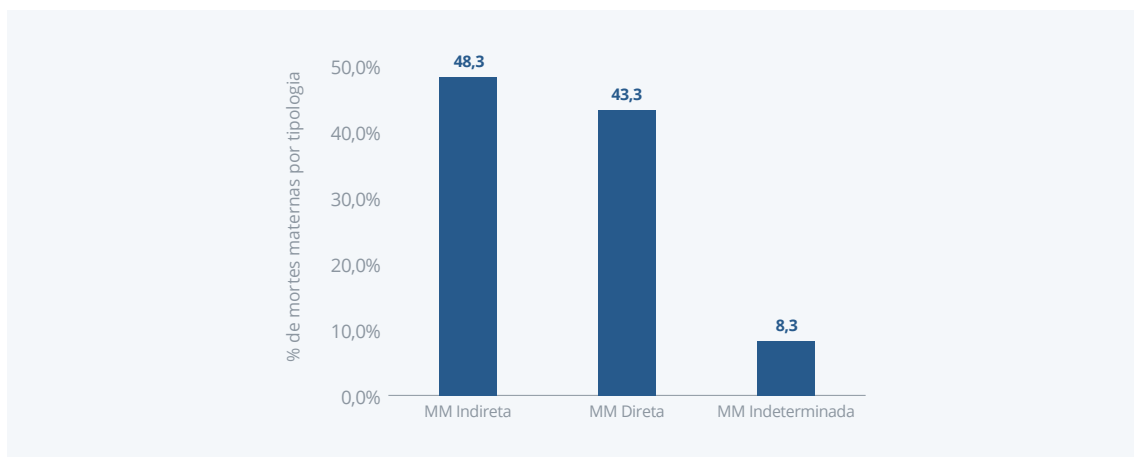
Em 20 casos (33,3%) de morte materna foi identificado um índice de massa corporal (IMC)  $\geq 25 \text{Kg/m}^2$ . Em 9 casos verificou-se o registo de excesso de peso (IMC  $\geq 25$  e  $< 30 \text{kg/m}^2$ ), e em 11 casos estava registada obesidade (IMC  $\geq 30 \text{kg/m}^2$ ). Em 2 casos o registo de IMC situava-se entre 21 e  $24 \text{kg/m}^2$  (IMC normal) e em 38 casos é desconhecido o IMC.

#### 4.2.7 Classificação e causas das mortes maternas

De acordo com as recomendações da OMS (8), a classificação das mortes maternas para fins de análise e reporte estatístico é estabelecida através de 9 grupos distintos. Estes grupos estão tipificados de acordo com a definição de morte materna e a tipologia morte materna direta e indireta (Anexo I).

Em 2017-2021, do total das 60 mortes maternas, ocorreram 26 mortes (43,3%) às quais foi atribuída uma causa direta e em 29 uma causa indireta (48,3%). Em 5 casos de mortes maternas (8,3%) não foi possível atribuir uma causa subjacente, com base na informação disponível, que permitisse atribuir a classificação de direta ou indireta (Gráfico 15).

Gráfico 15. **Proporção de mortes maternas, por tipologia, 2017-2021**



Fonte: SICO, formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

A maioria das mortes maternas diretas ocorreram durante o puerpério (23 casos, 88,5%). As mortes maternas indiretas ocorreram, na sua maioria, na gravidez (19 casos, 65,5%) (Tabela 11).

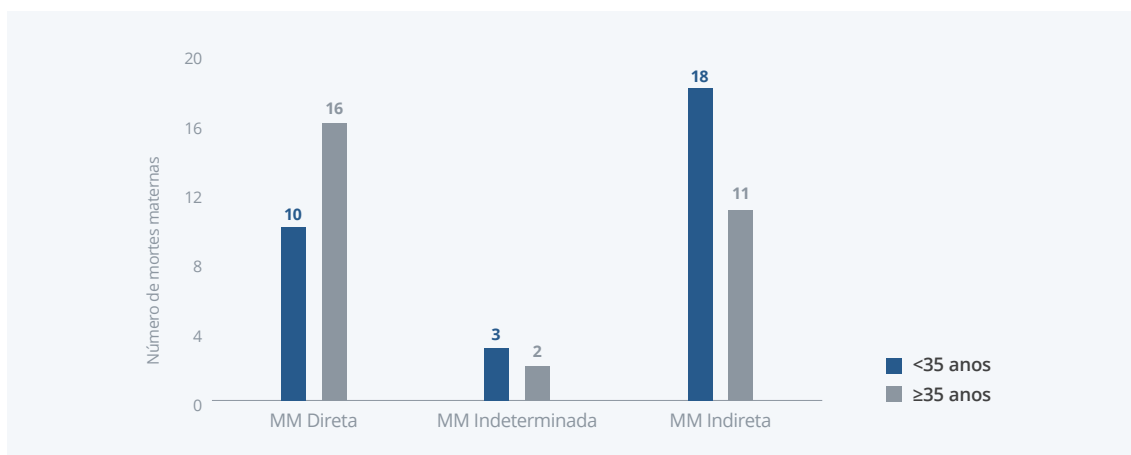
Tabela 11. **Distribuição das MM diretas e indiretas, por momento do óbito, 2017-2021**

Momento do óbito	N.º MM Diretas	N.º MM Indiretas
Gravidez	2	19
Parto	1	1
Puerpério	23	9
<b>Total Geral</b>	<b>26</b>	<b>29</b>

Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

No quinquênio em análise, abaixo dos 35 anos de idade, predominaram as mortes maternas indiretas (18 casos, 58,0%). Acima dos 35 anos (inclusive), a maioria das mortes maternas foi do tipo direta (16 casos, 55,2%).

Gráfico 16. **Classificação das mortes maternas, por faixa etária, 2017-2021**



Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

Quando analisada a distribuição das mortes diretas e indiretas e do RMM direto e indireto (sem inclusão das indeterminadas, n=55), por faixas etárias, a distribuição apresenta diferenças importantes (Tabela 12 e Gráfico 16).

Tabela 12. **Distribuição do RMM Diretas e Indiretas por faixa etária, 2017-2021**

	< 35 anos	≥ 35 anos	Total
<b>N.º Nados-vivos</b>	283.463	140.399	423.862
<b>N.º mortes maternas diretas</b>	10	16	26
<b>N.º mortes maternas indiretas</b>	18	11	29
<b>RMM Direto (por 100.000 nados-vivos)</b>	3,5	11,4	6,1
<b>RMM Indireto (por 100.000 nados-vivos)</b>	<b>6,3</b>	<b>7,8</b>	<b>6,8</b>

Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

Na faixa etária  $\geq 35$  anos, o RMM é superior em ambas as tipologias (direta e indireta). A expressão mais significativa desta diferença verifica-se nas causas diretas de mortes maternas, em que o valor da faixa etária  $\geq 35$  anos é superior ao triplo do RMM verificado abaixo dos 35 anos de idade.

As causas de morte direta, associadas a doença hipertensiva da gravidez (8 casos), apresentaram distribuição equitativa em ambas as faixas etárias. A hemorragia obstétrica (8 casos) e outras condições obstétricas (8 casos) tiveram maior representatividade na faixa etária a partir dos 35 anos (tabela 13). No que respeita às causas de morte indireta, dentro das complicações obstétricas, as causas cardiovasculares (13 casos) foram as mais expressivas em ambos os grupos etários.

Tabela 13. **Classificação das MM em Portugal, por grupos etários, 2017-2021**

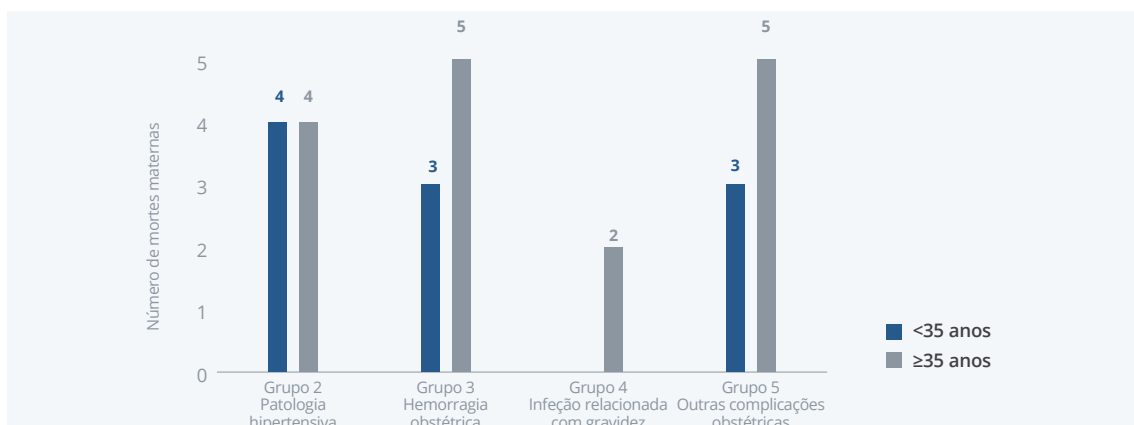
Tipo		<35 anos	≥35 anos	Total
<b>MM Direta</b>				<b>26</b>
	<b>Grupo 1 - Patologia abortiva</b>	0	0	0
	<b>Grupo 2 - Patologia hipertensiva</b>	4	4	8
	<b>Grupo 3 - Hemorragia obstétrica</b>	3	5	8
	<b>Grupo 4 - Infecção relacionada com gravidez</b>	0	2	2
	<b>Grupo 5 - Outras complicações obstétricas</b>	3	5	8
	<b>Grupo 6 - Complicações não antecipadas</b>	0	0	0
<b>MM Indireta</b>	<b>Grupo 7 - Complicações não obstétricas</b>			<b>29</b>
	<b>Cardiovasculares</b>	8	5	13
	<b>Sistema Nervoso Central</b>	4	4	8
	<b>Hematológicas</b>	3	0	3
	<b>Autoimunes</b>	1	1	2
	<b>Infeções (não resultantes diretamente da gravidez)</b>	2	1	3
<b>Morte durante a gravidez, parto e puerpério</b>	<b>Grupo 8 - Desconhecida/Indeterminada</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>Total</b>		<b>31</b>	<b>29</b>	<b>60</b>

Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

As representações gráficas seguintes mostram as diferenças nos dois grupos etários no que respeita à classificação das mortes etárias por tipologia e principais grupos de causa de morte.

Relativamente ao grupo 5 – outras complicações obstétricas, sendo um grupo de diagnósticos bastante vasto e pouco específico, foi desagregado nos diagnósticos identificados nas causas de morte atribuídas. Dos 8 casos, foram identificados os seguintes diagnósticos: embolia de líquido amniótico (3 casos); complicações venosas (tromboembolia pulmonar em 3 casos); esteatose hepática aguda da gravidez com pancreatite aguda (1 caso) e miocardiopatia no puerpério (1 caso).

Gráfico 17. **Classificação das mortes maternas diretas por subgrupo e por faixa etária, 2017-2021**

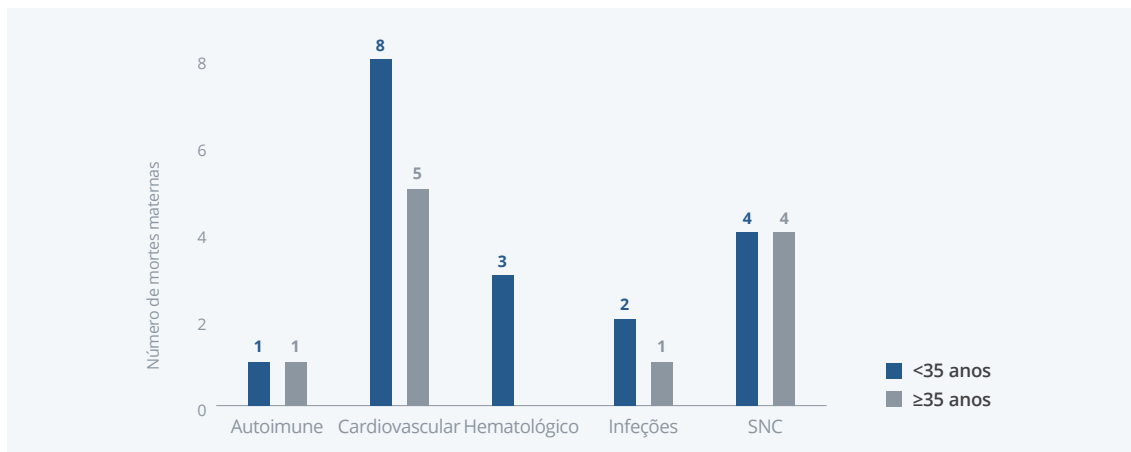


Fonte: SICO, formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

Nas causas indiretas, as patologias incluídas na categoria cardiovascular foram as mais frequentes nos dois

grupos etários, seguidas das causas associadas ao sistema nervoso central [SNC] (Gráfico 18).

Gráfico 18. **Classificação das mortes maternas diretas por subgrupo e por faixa etária, 2017-2021**



Fonte: Formulário de comunicação de morte materna e visita da CAMM, 2024

#### 4.2.8 Conclusões

No quinquénio 2017-2021, identificaram-se os seguintes resultados principais:

- i)** A maioria das mortes maternas (51,7%) ocorreu em mulheres com idade inferior a 35 anos;
- ii)** O rácio de mortalidade materna (RMM) - número de mortes maternas por 100.000 nados-vivos, num dado período - aumenta de forma considerável a partir dos 40 anos de idade (RMM igual a 39,1 mortes maternas por 100.000 nados-vivos);
- iii)** Embora a maioria dos mortes maternos ocorra em mulheres de nacionalidade portuguesa – maioria das mulheres em idade fértil em Portugal são de nacionalidade portuguesa - o RMM das mulheres de nacionalidade estrangeira é superior ao RMM das mulheres com nacionalidade portuguesa;
- iv)** As mortes maternas em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos ocorreram maioritariamente por causas diretas – mortes que resultam de complicações obstétricas da gravidez, intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de acontecimentos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas – com um RMM de 11,4 mortes maternas por 100.000 nados-vivos;
- v)** Mais de metade das mortes maternas (55%) ocorreu no puerpério, pese embora em algumas situações a cadeia de eventos que culminou na morte materna se tenha iniciado antes ou durante o parto;
- vi)** A prevalência de carga de doença identificada previamente à gravidez é de grande relevância (abrangendo 68,3% dos casos). O diagnóstico de obesidade foi o mais prevalente, seguido da hipertensão arterial;
- vii)** Em 33,3% dos casos de morte materna foi identificado um IMC  $\geq 25 \text{Kg/m}^2$  (excesso de peso e obesidade);
- viii)** Durante a gravidez, os diagnósticos mais prevalentes foram a pré-eclampsia e a diabetes gestacional;
- ix)** A maioria das causas de morte direta ocorreu devido a doença hipertensiva da gravidez, hemorragia obstétrica ou a outras condições obstétricas. A grande maioria das mortes por causa direta ocorreu no puerpério (88,5%);
- x)** Nas causas indiretas, as patologias incluídas na categoria cardiovascular foram as mais frequentes, seguidas das causas associadas ao sistema nervoso central. A maioria das mortes por causa indireta ocorreu durante a gravidez (65,5%).

# V.

## Recomendações

Face aos resultados apresentados, sugerem-se as seguintes recomendações, agrupadas por tipologia de medidas a considerar:

### I – Acesso aos cuidados de saúde e organização da resposta dos serviços

- i)** Garantir que qualquer mulher grávida, independentemente da nacionalidade e situação de residência no país, tenha acesso ao programa de vigilância da gravidez, incluindo consultas em tempo útil, a realização dos exames complementares de diagnóstico adequados a cada trimestre da gestação e de acordo com a estratificação do risco;
  - a.** Assegurar que uma grávida não vigiada tem uma consulta de vigilância da gravidez num prazo de uma semana após ser efetuado o pedido na unidade de saúde, qualquer que seja o trimestre de gestação, tendo em conta, no caso do primeiro trimestre, que esta consulta se realiza entre as 6 semanas e 0 dias e as 9 semanas e dias;
  - b.** Sempre que necessário, implementação de medidas que garantam a realização de ecografias de gravidez nos tempos adequados;
  - c.** Elaborar e divulgar uma circular conjunta sobre procedimentos no atendimento de grávidas de nacionalidade estrangeira.
  
- ii)** Melhorar a vigilância de saúde das grávidas com condições de risco e com necessidade de vigilância acrescida, que devem ser vigiadas em consultas de obstetrícia, nos termos da norma DGS n.º 001/2023 de 27 de janeiro;
  - a.** Assegurar que uma gravidez de vigilância acrescida é encaminhada dos CSP para a consulta específica, a ser atendida em consulta hospitalar de alto risco no prazo máximo de 2 semanas;
  - b.** Assegurar o cumprimento da norma n.º 001/2023 de 27 de janeiro da Direção-Geral da Saúde, que indica que o local de vigilância da saúde da grávida deve ter o nível de diferenciação adequado ao risco identificado, por forma a minimizar a necessidade de transferência inter-hospitalar de mulheres grávidas ou puérperas em situações críticas.
  
- iii)** Garantir a articulação entre hospitais, a continuidade e segurança dos cuidados e a estabilidade de equipas multidisciplinares de profissionais;
  - a.** Implementar a digitalização do boletim da grávida;
  - b.** Assegurar recursos humanos qualificados no sistema de saúde de forma a assegurar qualidade na prestação de cuidados;
  - c.** Elaborar e implementar um sistema de avaliação da qualidade para os cuidados obstétricos prestados.
  
- iv)** Promover a formação contínua e o treino das equipas multidisciplinares (médicos especialistas em obstetrícia/ginecologia e anestesiologia, enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica) em emergências obstétricas e monitorização fetal por cardiotocografia;

- a. Promover parcerias acadêmicas para realização de programas de formação em emergências obstétricas, monitorização fetal por cardiotocografia, entre outras;
  - b. Fomentar a formação e atualização dos profissionais, no mínimo a cada 3 anos.
- v) Assegurar que os profissionais de saúde dos serviços de obstetrícia estejam capacitados para lidar com condições de saúde físicas, mentais e necessidades sociais complexas da grávida, parturiente e puérpera;
  - a. Promover a organização de consultas multidisciplinares, vocacionadas para o acompanhamento de patologias específicas (incluindo psicologia, para prevenção de depressão e suicídio, e serviço social, para casos de violência);
  - b. Elaboração de normas e orientações focadas na saúde da mulher e da grávida, com especial enfoque na hemorragia pós-parto, doença hipertensiva na gravidez, e profilaxia do tromboembolismo.
- vi) Avaliação precoce e acompanhamento no puerpério e no pós-parto por profissionais qualificados para avaliar a condição de saúde de uma puérpera;
  - a. Implementar uma avaliação sumária da puérpera, por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) no momento de avaliação do recém-nascido, na primeira semana de vida;
  - b. Se indicação para vigilância acrescida, realizar uma consulta domiciliária ou teleconsulta de enfermagem até ao 15.º dia de vida do recém-nascido de vida para nova avaliação da puérpera;
  - c. Disponibilização de pelo menos uma consulta de vigilância de saúde entre os 8 e os 12 meses após o parto, para rastreios do foro da saúde mental.
- vii) Investimento em literacia na saúde reprodutiva para todos os sexos, incluindo sobre fertilidade, planeamento familiar, com inclusão de campanhas no âmbito do programa de saúde escolar, programa de saúde ocupacional, cuidados de saúde primários, entre outros;

## II - Qualidade dos dados e melhoria da vigilância e monitorização das mortes maternas:

- viii) Implementação de investigação epidemiológica de cada morte materna por rotina, com inclusão de formulário próprio no SICO, no âmbito da função de Autoridade de Saúde (AS);
- ix) Formação contínua dos profissionais de saúde sobre o preenchimento do certificado de óbito, incluindo um módulo sobre mortes maternas, atendendo a que este é um evento raro. Integrar no SICO um documento de apoio ao preenchimento do CO em caso de eventual morte materna;
- x) Melhoria do acesso à informação sociodemográfica e clínica de cada caso de óbito materno para as AS ou outros peritos;
- xi) Integração de sistema de informação obstétrico comum ao sistema de saúde, com o objetivo de permitir a monitorização de indicadores obstétricos e perinatais, em tempo real;
- xii) Melhorar o sistema de monitorização dos nascimentos (nomeadamente através da Notícia de Nascimento Digital e de alteração do verbete do recém-nascido), para passar a contemplar informação sobre o parto fora das instituições de saúde.

## VI.

# Notas finais

A mortalidade materna é um importante indicador de qualidade dos cuidados obstétricos pelo que a sua monitorização é crucial na identificação de áreas de intervenção na saúde da mulher.

Nos últimos anos, existiu um aumento da mortalidade materna. A análise desta informação deve ter em conta as melhorias relevantes que se implementaram nos sistemas de recolha de informação, minimizando as situações de subnotificação de casos. Não obstante as melhorias já implementadas, foram identificadas necessidades adicionais que já se encontram em fase de planeamento e implementação.

Em Portugal, ao longo dos últimos anos têm-se verificado alterações sociodemográficas da população, destacando-se, o aumento progressivo da idade da mulher quando engravida e o aumento do contributo das mulheres de nacionalidade estrangeira para os nados-vivos nascidos em território nacional.

Os números e a análise da mortalidade materna constantes no presente relatório justificam que o investimento nesta área seja considerado prioritário. No quinquénio analisado neste relatório, o RMM foi de 14,2 mortes por 100.000 nados-vivos. É objetivo do PNS, alinhado com a Agenda 2030 e com os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável, assegurar um rácio de mortalidade materna igual ou inferior a 7,1 por 100 000 nados-vivos, no triénio de 2028–2030; pelo que se torna fundamental prosseguir com as recomendações do presente relatório através da definição de prioridades e de metas a curto, médio e longo prazo.

Não obstante a necessidade de melhoria em áreas na dependência do setor da saúde, a prevenção de mortes maternas evitáveis também exige uma abordagem integrada de políticas públicas multissetoriais, pelo que se considera a necessidade de um compromisso transversal.

# VII.

## Nota metodológica

### Capítulo 1

#### Vigilância de eventuais mortes maternas

**Caracterização das mortes maternas com base na informação do Sistema Informático dos Certificados de Óbito**

#### Extração de dados

Mortes

Os dados foram extraídos da base réplica do Sistema Informático dos Certificados de Óbito (SICO) a 05/02/2024.

#### Horizonte temporal

Anos 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021.

#### Universo

Pessoas falecidas, em território nacional, cuja causa básica de morte está compreendida num dos códigos da tabela de códigos de causa básica de morte materna.

#### Causas de morte

A classificação das causas de morte tem como referencial a Classificação Internacional das Doenças - 10 (CID-10), versão 2019.

Códigos de causa básica de morte materna, Classificação Internacional Doenças -10, versão 2016 e versão 2019	Designação
000-008	Gravidez com resultado abortivo
010-016	Edema, proteinúria e distúrbios hipertensivos na gravidez, parto e puerpério
020-029	Outros distúrbios maternos predominantemente relacionados à gravidez
030-048	Cuidados maternos relacionados ao feto e à cavidade amniótica e possíveis problemas no parto
060-075	Complicações do parto e no parto
080-084	Parto
085-092	Complicações predominantemente relacionadas ao puerpério
094-099	Outras condições obstétricas, não classificadas em outra parte, <b>exceto os códigos compreendidos entre 096-097</b> (096: Morte devido a qualquer causa obstétrica que ocorreu depois de 42 dias após o parto e menos do 1 ano. 097: Morte devido a sequelas obstétricas.)

# VIII.

## Referências bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Human reproduction programme (hrp). Maternal Mortality Measurement – Guidance to improve national reporting. 2022 (acesso em 08-02-2024); Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360576/9789240052376-eng.pdf?sequence=1>
2. Bouvier-Colle MH, Mohangoo A, Gissler M, Novak-Antolic Z, Vutuc C, Szamotulska K, et al. What about the mothers? An analysis of maternal mortality and morbidity in perinatal health surveillance systems in Europe. BJOG. junho de 2012; 119(7):880–90. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3472023/>
3. World Health Organization. The Global Health Observatory. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3140>
4. Diguisto C, Saucedo M, Kallianidis A, Bloemenkamp K, Bødker B, Buoncristiano M, et al. Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population based study. BMJ. 2022; e070621. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36384872/>
5. Hilde Engjom, Allison Felker, Felicity Plaat, Sarah Wheatly, Roshni Patel, Esther Youd and Marian Knight on behalf of the MBRRACE-UK haemorrhage and AFE chapter-writing group. Saving Lives, Improving Mothers' Care Core Report - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2019-21. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford. 2023 (acesso em 8 de Janeiro de 2024). Disponível em: [https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrrace-uk/reports/maternal-report-2023/MBRRACE-UK\\_Maternal\\_Compiled\\_Report\\_2023.pdf](https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrrace-uk/reports/maternal-report-2023/MBRRACE-UK_Maternal_Compiled_Report_2023.pdf)
6. Akker T van den, Bloemenkamp KWM, Roosmalen J van, Knight M. Classification of maternal deaths: where does the chain of events start? The Lancet. 2017 (acesso em 16 de Junho de 2022); 390(10098):922–3. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31633-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31633-1/abstract)

## Anexos

Anexo I - Classificação de grupos de causas de mortalidade materna recomendados para reporte estatístico e análise

Tipo	Grupo	Exemplos de Causas Potenciais de Morte
<b>Morte Materna: Direta</b>	Grupo 1: Gravidez com patologia abortiva	Aborto, aborto espontâneo, gravidez ectópica e outras condições que levam à morte materna e gravidez com resultado abortivo
<b>Morte Materna: Direta</b>	Grupo 2: Patologia hipertensiva na gravidez, parto ou puerpério	Edema, proteinúria e hipertensão na gravidez, parto e puerpério
<b>Morte Materna: Direta</b>	Grupo 3: Hemorragia obstétrica	Doenças ou condições obstétricas diretamente associadas a hemorragia.
<b>Morte Materna: Direta</b>	Grupo 4: Infecção relacionada com a gravidez	Doenças ou condições infecciosas relacionadas à gravidez
<b>Morte Materna: Direta</b>	Grupo 5: Outras complicações obstétricas	Todas as outras condições obstétricas diretas não incluídas nos grupos 1-4
<b>Morte Materna: Direta</b>	Grupo 6: Complicações não antecipadas	Efeitos adversos graves e outras complicações não antecipadas do cuidado médico e cirúrgico durante a gravidez, parto ou puerpério
<b>Morte Materna: Indireta</b>	Grupo 7: Complicações não obstétricas	Complicações não obstétricas ·Doenças cardíacas (incluindo hipertensão pré-existente) ·Condições endócrinas ·Condições do trato gastrointestinal ·Condições do sistema nervoso central ·Condições respiratórias ·Condições geniturinárias ·Distúrbios autoimunes ·Doenças esqueléticas ·Distúrbios psiquiátricos ·Neoplasias ·Infeções que não são resultado direto da gravidez
<b>Morte durante a gravidez, parto e puerpério</b>	Grupo 8: desconhecido/indeterminado	Morte durante a gravidez, parto e puerpério onde a causa subjacente é desconhecida ou não foi determinada
<b>Morte durante a gravidez, parto e puerpério</b>	Grupo 9: Causas coincidentes	Morte durante a gravidez, parto e puerpério devido a causas externas

Traduzido de WHO, 2022 Maternal mortality measurement: guidance to improve national reporting, 9789240052376-eng.pdf ([who.int](https://www.who.int))

**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)