



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO



MORTALIDADE MATERNA DE CURITIBA 2015 - 2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Perfil epidemiológico [livro eletrônico]:
mortalidade materna de Curitiba 2015-2024 /
Márcia Luiza Krajden...[et al.]. -- 1. ed. --
Curitiba, PR : Fundo Municipal da Saúde, 2026.
PDF

Outros autores: Ana Valéria de Almeida Carli, Giseli Aparecida Ragugneti de Góes,
Valéria, Gifalli Vianna.

Bibliografia.
ISBN 978-65-88793-16-9

1. Epidemiologia - Pesquisa 2. Maternidade 3. Mortalidade 4. Saúde pública 5. Sistema
Único de Saúde (Brasil) I. Krajden, Márcia Luiza. II. Carli, Ana Valéria de Almeida. III. Góes,
Giseli Aparecida Ragugneti de. IV. Vianna, Valéria Gifalli.

26-358378.0

CDD-614.4
NLM-WA-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Mortalidade materna: Epidemiologia: Saúde pública 614.4

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Prefeitura Municipal de Curitiba

Prefeito

Eduardo Pimentel Slaviero

Secretária Municipal da Saúde

Tatiane Filipak

Assessoria do Gabinete

Flávia Celene Quadros

Superintendência Executiva

Flavia Vernizi Adachi

Superintendência de Gestão

Jane Sescatto

Diretor do Centro de Epidemiologia

Alcides Augusto Souto de Oliveira

Coordenações de Eventos Vitais

Ana Valéria de Almeida Carli

Elaboração

Márcia Luiza Krajden

Ana Valéria de Almeida Carli

Giseli Aparecida Ragugneti de Goes

Valéria Gifalli Vianna

Diagramação

Ana Valéria de Almeida Carli

Foto capa

Levy Ferreira 09/11/23 – SMCS, imagem modificada.

ABRIL - 2026

Lista de Gráficos

GRÁFICO 1 – RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (RMM/100.000 NASCIDOS VIVOS), NÚMERO DE ÓBITOS (OM) MATERNOS E NASCIDOS VIVOS (NV), 2015 A 2024. META DOS ODM (ATÉ 2015) E META DOS ODS (A PARTIR DE 2015).....	10
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO POR DISTRITO SANITÁRIO, DOS ÓBITOS MATERNOS, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.	12
GRÁFICO 3 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS POR FAIXA ETÁRIA, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.	13
GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS POR RAÇA/COR, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.	14
GRÁFICO 5 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS POR ESCOLARIDADE, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.	15
GRÁFICO 6 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS POR ESTADO CIVIL, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.	15
GRÁFICO 7 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS, SEGUNDO O VÍNCULO ASSISTÊNCIAL, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.....	16
GRÁFICO 8 – ÓBITOS MATERNOS, POR VÍNCULO ASSISTÊNCIAL, SEGUNDO ANO DE OCORRÊNCIA, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.	17
GRÁFICO 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO A IDADE GESTACIONAL, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.....	18
GRÁFICO 10 – ÓBITOS MATERNOS, SEGUNDO A EVITABILIDADE, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.	22
GRÁFICO 11 – PRINCIPAIS 15 MEDIDAS DE PREVENÇÃO IDENTIFICADAS, APÓS ANÁLISE DOS ÓBITOS MATERNOS, DE RESIDENTES EM CURITIBA, NO PERÍODO DE 2015 A 2021.....	26
GRÁFICO 12 – PRINCIPAIS 15 MEDIDAS DE PREVENÇÃO IDENTIFICADAS, APÓS ANÁLISE DOS ÓBITOS MATERNOS, DE RESIDENTES EM CURITIBA, NO PERÍODO DE 2022 A 2024.....	27

Lista de Mapas

MAPA 1 – NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS DE RESIDENTES EM CURITIBA, DISTRIBUIDOS POR DISTRITO SANITÁRIO, 2015 A 2024.	11
MAPA 2 – RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA POR 100.000 NASCIDOS VIVOS, DISTRIBUIDA POR DISTRITO SANITÁRIO, 2015 A 2024.	11

Lista de Tabelas

TABELA 1 – ÓBITOS MATERNOS, SEGUNDO AS PRINCIPAIS CAUSAS E MOMENTO DO ÓBITO, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.....	21
TABELA 2 – MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, ATÉ 2021.	23
TABELA 3 – MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, A PARTIR DE 2022.	24
TABELA 4 – SÍNTESE DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS E AÇÕES RECOMENDADAS A PARTIR DA ANÁLISE DOS ÓBITOS MATERNOS, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 -2024.	28

Sumário

1	INTRODUÇÃO	7
2	METODOLOGIA.....	8
3	RESULTADOS	9
3.1	Número de Óbitos Maternos e Razão de Mortalidade Materna.....	9
3.1.1	Curitiba	9
3.1.2	Distritos Sanitários.....	11
3.2	Perfil dos Óbitos Maternos	13
3.2.1	Características Demográficas.....	13
3.2.2	Vínculo Assistencial dos Óbitos Maternos.....	16
3.2.3	Distribuição dos Óbitos Maternos Segundo a Idade Gestacional.....	18
3.2.4	Via de Parto nos Óbitos Maternos.....	19
3.3	Causas, Evitabilidade e Medidas de Prevenção dos Óbitos Maternos	20
3.3.1	Causas Básicas dos Óbitos Maternos e Ciclo Gravídico-puerperal no Momento do Óbito	20
3.3.2	Evitabilidade dos Óbitos Maternos	21
3.3.3	Medidas de Prevenção de Óbitos Maternos	22
3.3.4	Análise de Fragilidades e Intervenções Prioritárias.....	28
4	NEAR MISS MATERNO	30
4.1	A Experiência de Curitiba e o Avanço em 2024	30
4.2	Resultados e Perspectivas.....	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
	REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é reconhecida como um dos mais sensíveis indicadores de saúde pública, refletindo não apenas a qualidade da atenção obstétrica, mas também o acesso aos serviços de saúde e os determinantes sociais, que envolvem o cuidado à mulher.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), óbito materno é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez, desde que resultante de causas relacionadas ou agravadas pela gestação ou manejo, excluindo-se causas acidentais ou incidentais (WHO, 2024).

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, por meio do Centro de Epidemiologia e da Coordenação de Eventos Vitais, coordena a vigilância do óbito materno, com ênfase na qualificação contínua da assistência obstétrica. Esse processo é realizado em parceria com o Comitê Pró-Vida de Prevenção do Óbito Fetal, Infantil e Materno (Comitê Pró-Vida) que analisa integralmente todos os óbitos e, após consenso com as áreas assistenciais, emite recomendações para aprimorar a atenção à gestante e prevenir a recorrência de eventos semelhantes.

Neste contexto, o presente relatório apresenta os dados epidemiológicos da mortalidade materna em Curitiba no período de 2015 a 2024, contemplando indicadores, perfil das mulheres que foram a óbito, as causas básicas, a análise da evitabilidade e as medidas de prevenção discutidas na Câmara Técnica Materna. Destacam-se, ainda, avanços recentes, como a implantação do monitoramento do *Near Miss* Materno (situações em que a mulher sobrevive a uma complicação potencialmente fatal durante a gestação, o parto ou até 42 dias após o término da gestação), reforçando a importância da vigilância em saúde e contribuindo para a melhoria contínua da atenção obstétrica no município.

2 METODOLOGIA

Como metodologia para a elaboração do Perfil de Mortalidade Materna, realizou-se um estudo ecológico descritivo, baseado nos óbitos maternos ocorridos no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2024, registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no número de nascidos vivos de residentes em Curitiba, registrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), e nas fichas municipais de investigação dos óbitos maternos. Os dados do SIM e SINASC utilizados são de acesso público, estando disponíveis para consulta e tabulação no seguinte endereço eletrônico: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>

Para a tabulação dos dados, utilizamos o programa Tabwin (versão 3.6). A construção de tabelas e gráficos foi realizada no software Microsoft Excel®, enquanto os mapas foram gerados SMAP COLOR®.

Para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM), foram consideradas as Mortes Maternas Obstétricas Diretas¹ e Indiretas² de mulheres residentes, com causa básica classificada no Capítulo XV da CID-10 (ocorridas até 42 dias do parto), em relação ao número de Nascidos Vivos (NV) de mães residentes no mesmo período. A RMM, que expressa o número de óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos, foi estimada por meio da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de óbitos maternos (diretos e indiretos) de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100.000 \text{ NV}$$

Para os demais indicadores, procedeu-se ao cálculo de proporções simples, obtidas pela razão entre o número de eventos observados e o respectivo total de referência.

¹ Morte Materna Obstétrica Direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas (BRASIL, 2009).

² Morte Materna Obstétrica Indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2009).

3 RESULTADOS

3.1 Número de Óbitos Maternos e Razão de Mortalidade Materna

3.1.1 Curitiba

O GRÁFICO 1 revela que, entre 2015 e 2024, Curitiba registrou um total de 51 óbitos maternos, apresentando uma média de 3,8 casos por ano no período de 2015 a 2019. Este cenário foi modificado pelo período pandêmico, que gerou um pico atípico de 17 óbitos em 2021, elevando a RMM ao seu patamar máximo. Após esse intervalo crítico, observa-se uma recuperação dos indicadores com o retorno à média de 3 óbitos por ano entre 2022 e 2024, consolidando a retomada dos níveis pré-pandemia.

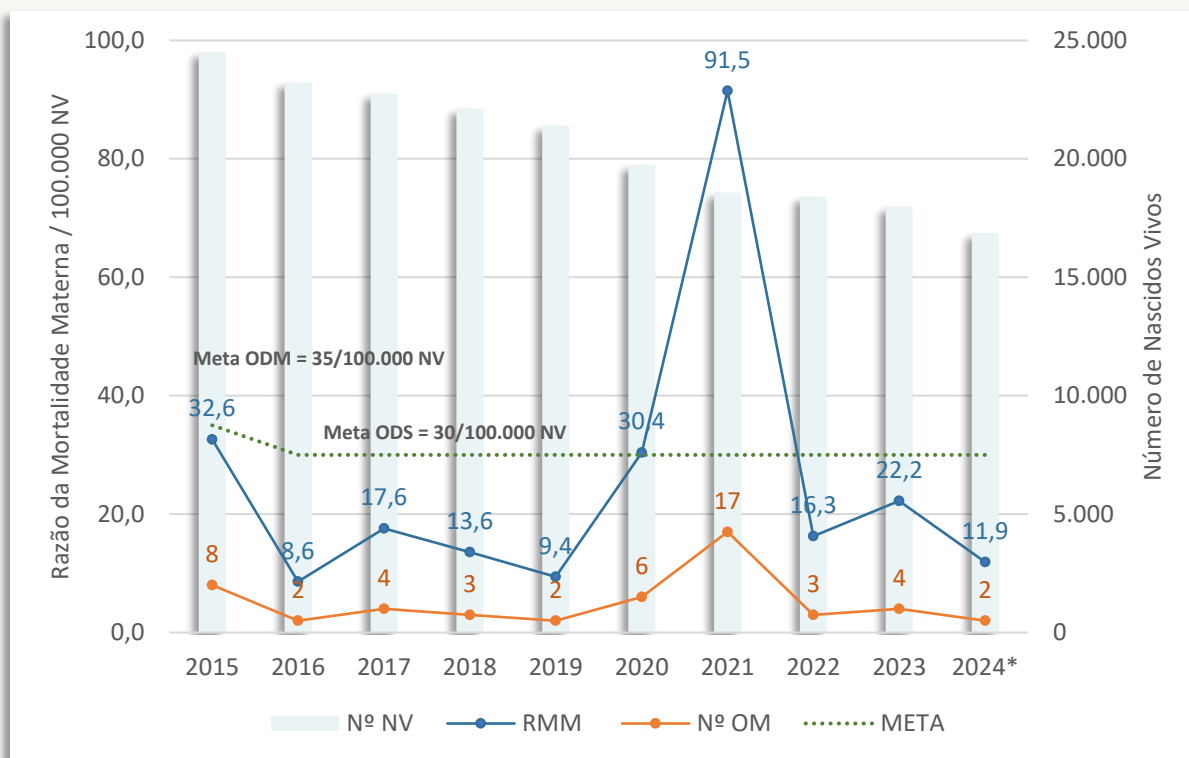
Até 2015, o Brasil tinha como meta, dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), reduzir a RMM para 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Apesar dos avanços obtidos, com uma queda de aproximadamente 57%, o país encerrou o período com RMM de 62/100.000 NV. Nesse mesmo contexto, o Paraná apresentou taxa de 51,7/100.000 NV (BRASIL, 2025) e Curitiba atingiu 32,6/100.000 NV (GRÁFICO 1), alcançando a meta estabelecida.

A partir de 2016, com a adoção dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidos pela Organização das Nações Unidas, foi definida a meta de redução da RMM para 30 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Considerando que, para o Brasil e o estado do Paraná, os dados mais recentes disponíveis referem-se a 2023, observa-se que ambos ainda não atingiram esse patamar, com RMM de 55,3 e 45,1 óbitos por 100.000 nascidos vivos, respectivamente (BRASIL, 2025). No caso de Curitiba, cujo período de análise se estende até 2024, o município manteve-se dentro da meta na maior parte da série histórica, com exceção dos anos de 2020 e 2021, quando houve elevação da RMM em decorrência do impacto da pandemia de covid-19 (GRÁFICO 1).

A análise do GRÁFICO 1 também evidencia que o número de nascidos vivos em Curitiba apresentou tendência de queda no período de 2015 a 2024, com uma redução média anual de 4,1% (IC 95%: -4,5% a -3,6%), reflexo do processo de transição demográfica.

Considerando que os nascidos vivos compõem o denominador da RMM, essa redução interfere no cálculo e na análise do indicador ao longo dos anos.

GRÁFICO 1 – RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (RMM/100.000 NASCIDOS VIVOS), NÚMERO DE ÓBITOS (OM) MATERNO E NASCIDOS VIVOS (NV), 2015 A 2024. META DOS ODM (ATÉ 2015) E META DOS ODS (A PARTIR DE 2015).



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC Curitiba.

Elaboração: CEV/Centro de Epidemiologia - SMS Curitiba. Dados extraídos em 20/08/2025.

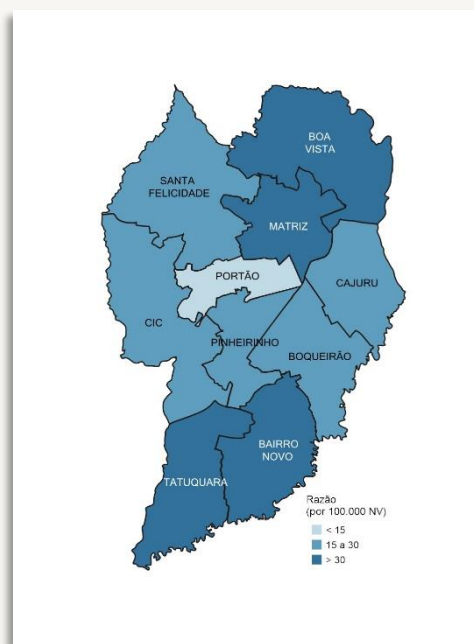
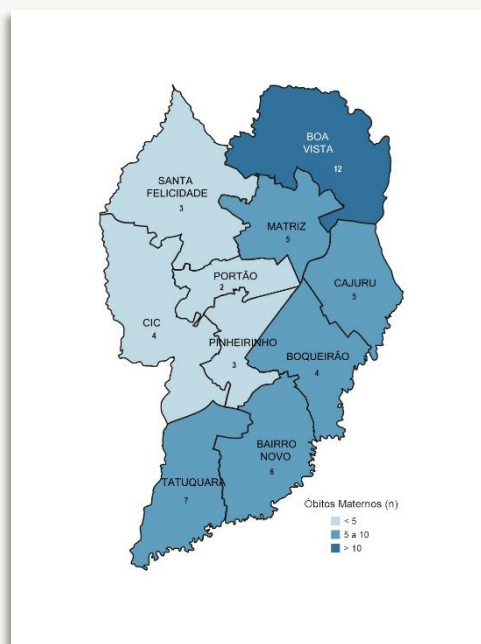
3.1.2 Distritos Sanitários

Na análise da distribuição espacial dos óbitos maternos por distrito sanitário (DS), observa-se que o Boa Vista apresentou o maior número absoluto de casos no período de 2015 a 2024 ($n=12$), enquanto o Portão registrou o menor ($n=2$) (MAPA 1).

Já a análise da Razão de Mortalidade Materna (RMM), indicador ajustado pelo número de nascidos vivos (NV), permite identificar desigualdades territoriais e áreas com maior magnitude do evento. Por meio deste indicador, verifica-se uma variação significativa entre os distritos. O Tatuquara apresentou a maior RMM (45,9 óbitos por 100.000 NV), seguido pelos distritos Boa Vista (42,9/100.000 NV) e Matriz (33,1/100.000 NV). Em contrapartida, o Portão registrou a menor razão, com 10,3/100.000 NV (MAPA 2).

MAPA 2 – NÚMERO DE ÓBITOS MATERNS DE RESIDENTES EM CURITIBA, DISTRIBUIDOS POR DISTRITO SANITÁRIO, 2015 A 2024.

MAPA 1 – RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA POR 100.000 NASCIDOS VIVOS, DISTRIBUIDA POR DISTRITO SANITÁRIO, 2015 A 2024.



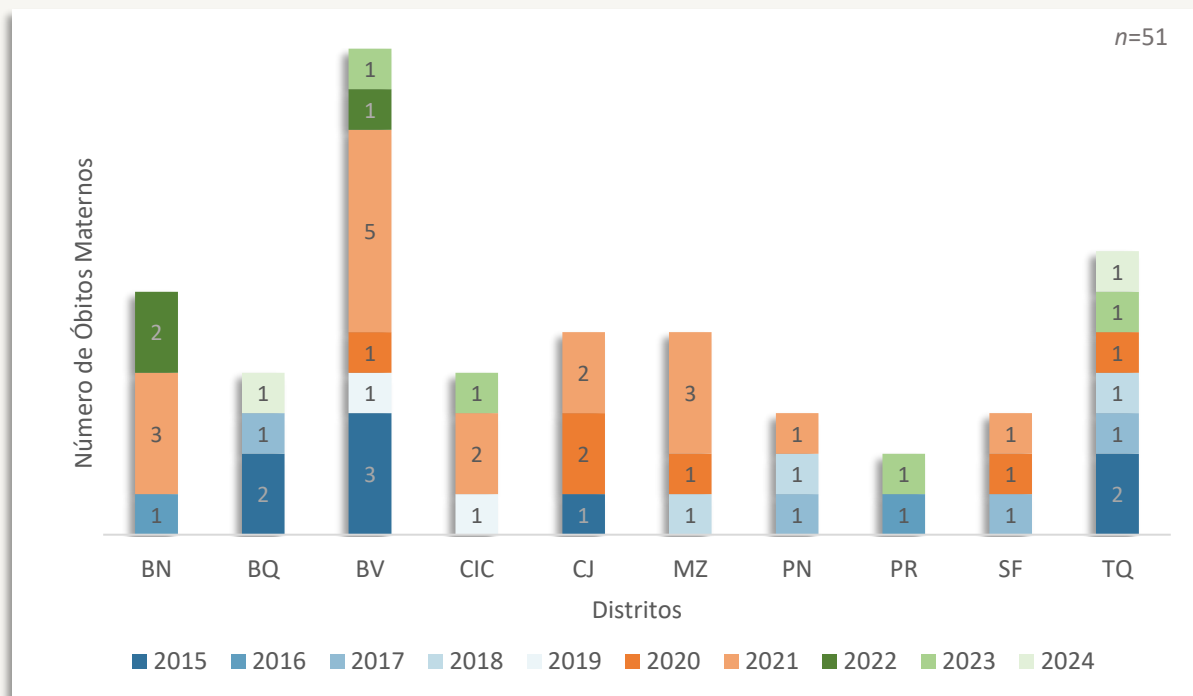
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade
Elaboração: CEV/Centro de Epidemiologia - SMS
Dados extraídos em 20/08/2025.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC Curitiba.
Elaboração: CEV/Centro de Epidemiologia – SMS
Dados extraídos em 20/08/2025.

Ao analisar a distribuição dos óbitos maternos no período de 2015 a 2024, segundo Distrito Sanitário (GRÁFICO 2), observa-se heterogeneidade espacial e temporal na ocorrência dos eventos. Destaca-se que o ano de 2021 concentrou o maior número de óbitos maternos, configurando o pico da série histórica e reforçando os impactos diretos e indiretos da pandemia da covid-19 sobre a mortalidade materna.

No biênio pandêmico (2021–2022), os distritos Boa Vista ($n=6$), Matriz ($n=4$) e Cajuru ($n=4$) apresentaram os maiores quantitativos de óbitos maternos, indicando maior concentração de eventos nesses territórios (GRÁFICO 2). Observa-se, ainda, que alguns distritos apresentaram ocorrência esporádica ao longo da série histórica, como Portão e Boqueirão, que não registraram óbitos maternos durante o período pandêmico. No período pós-pandemia, a partir de 2023, nota-se redução do número de óbitos maternos na maioria dos distritos.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO POR DISTRITO SANITÁRIO, DOS ÓBITOS MATERNS, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM Curitiba.

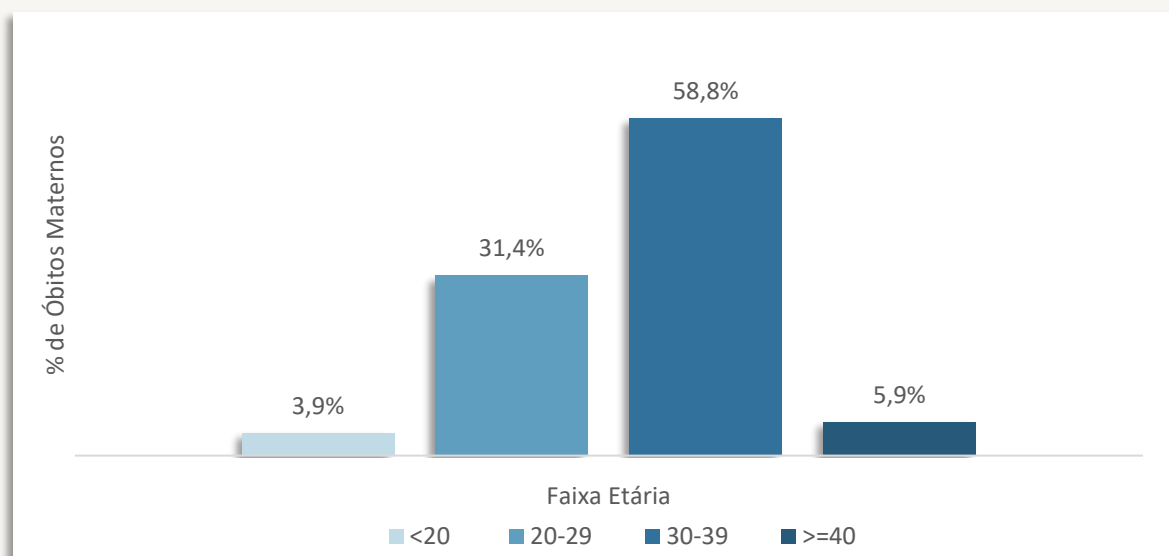
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba. Dados extraídos em 20/08/2025.

3.2 Perfil dos Óbitos Maternos

3.2.1 Características Demográficas

Ao analisarmos a distribuição dos óbitos maternos por faixa etária (GRÁFICO 3) em Curitiba, no período de 2015 a 2024, observamos que a maioria ocorreu entre mulheres de 30 a 39 anos, representando 58,8% ($n=20$) do total. Esse resultado indica que a vulnerabilidade durante a gestação não se restringe apenas às idades extremas.

GRÁFICO 3 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNNOS POR FAIXA ETÁRIA, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.

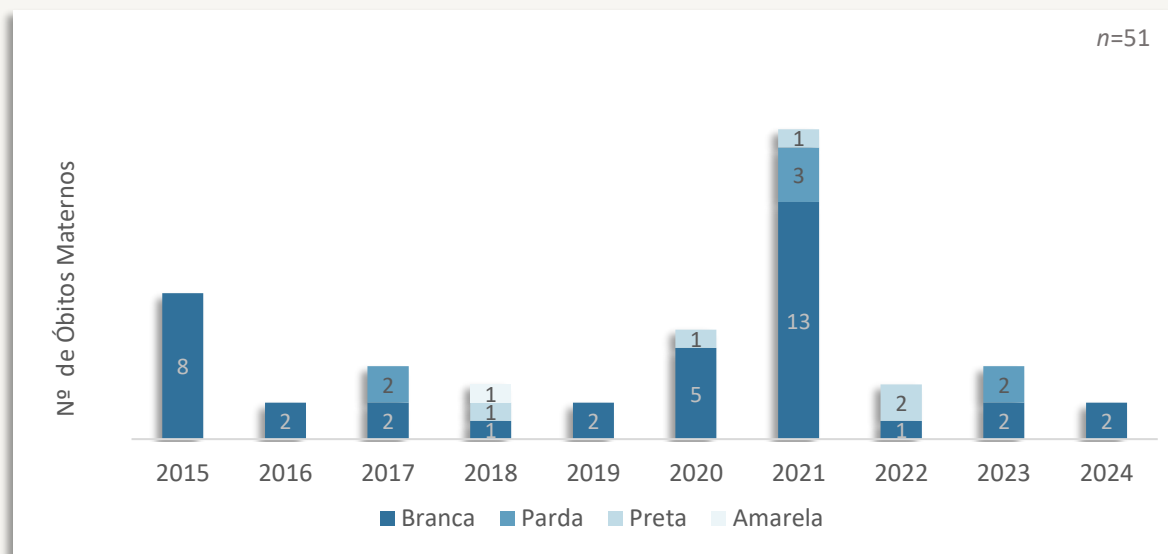


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM Curitiba.

Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba. Dados extraídos em 20/08/2025.

Já na análise da variável raça/cor, dos óbitos maternos ocorridos entre 2015 e 2024 (GRÁFICO 4), observamos predominância de mulheres brancas em todo o período, representando 74,5% ($n=38$) dos casos. A partir de 2017, registram-se também óbitos entre mulheres pardas e pretas, ainda que em menor proporção, totalizando 23,5% ($n=12$).

GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNS POR RAÇA/COR, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.

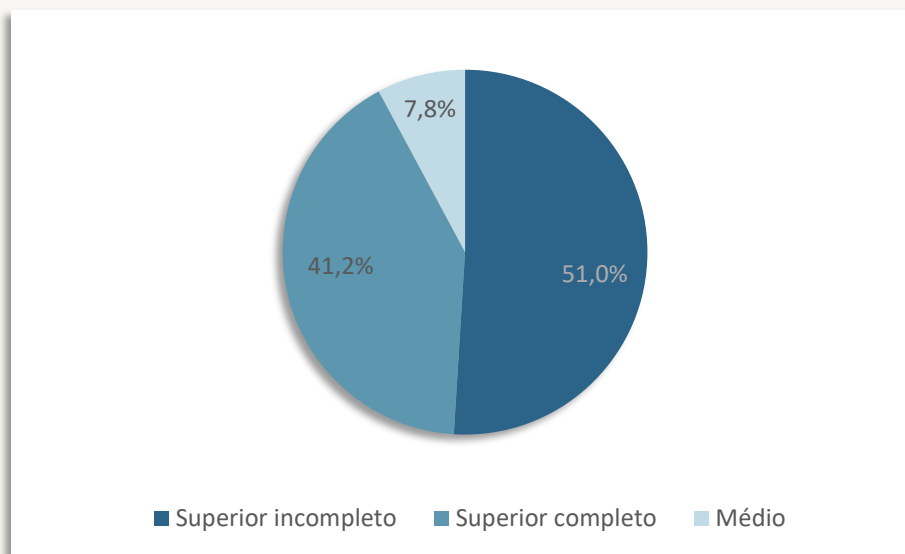


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM Curitiba.

Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba. Dados extraídos em 20/08/2025.

Ao analisar a escolaridade das mulheres que evoluíram para óbito materno (GRÁFICO 5), verificamos que 51,0% possuíam ensino superior incompleto, 41,2% ensino superior completo e 7,8% ensino médio. Essa distribuição é compatível com o perfil das gestantes no período analisado, no qual 92,8% apresentavam mais de oito anos de estudo, conforme dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Esse dado difere do observado em nível nacional, onde há maior proporção de óbitos maternos entre mulheres com menor escolaridade (BRASIL, 2023), e acompanha as características sociodemográficas locais, caracterizadas por maior escolaridade materna.

GRÁFICO 5 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS POR ESCOLARIDADE, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.

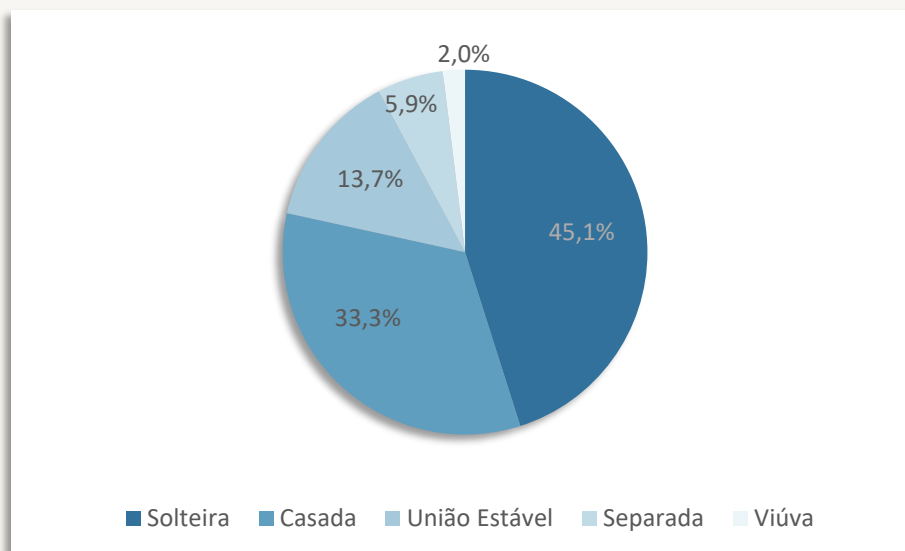


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM Curitiba.

Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba. Dados extraídos em 20/08/2025.

Em relação ao estado civil, 45,1% das mulheres eram solteiras (GRÁFICO 6). Esse percentual é similar ao registrado tanto no Paraná (41,5%) quanto no Brasil (51,2%), conforme os indicadores oficiais do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

GRÁFICO 6 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS POR ESTADO CIVIL, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.



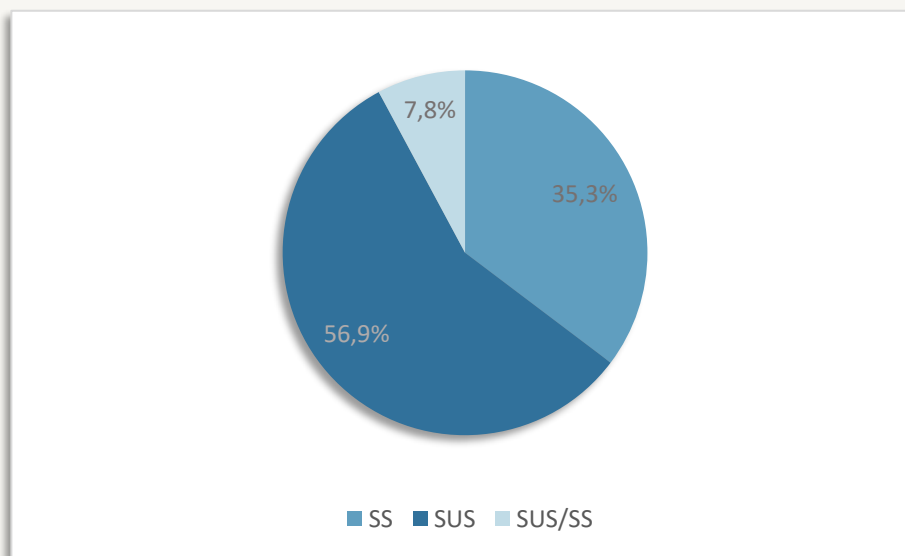
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM Curitiba.

Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba. Dados extraídos em 20/08/2025.

3.2.2 Vínculo Assistencial dos Óbitos Maternos

Ao analisar a proporção dos óbitos maternos segundo o vínculo assistencial (GRÁFICO 7), observa-se a predominância de ocorrências entre mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (56,9%). Os dados do SINASC apontam que o SUS foi responsável por 53,1% dos nascimentos no município. Como a proporção de óbitos assemelha-se a esse índice, infere-se que a mortalidade acompanha a distribuição da demanda assistencial entre os setores público e privado. Em menores proporções, 35,3% dos óbitos ocorreram entre usuárias da Saúde Suplementar (SS) e 7,8% apresentaram vínculo misto (SUS e SS). Estes últimos correspondem a situações em que a gestante transitou entre os dois sistemas, refletindo transferências entre serviços ou o uso complementar dos setores público e privado.

GRÁFICO 7 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS, SEGUNDO O VÍNCULO ASSISTÊNCIAL, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.



Fonte: Planilha de Controle de Óbitos Maternos da CEV/CE/SMS.

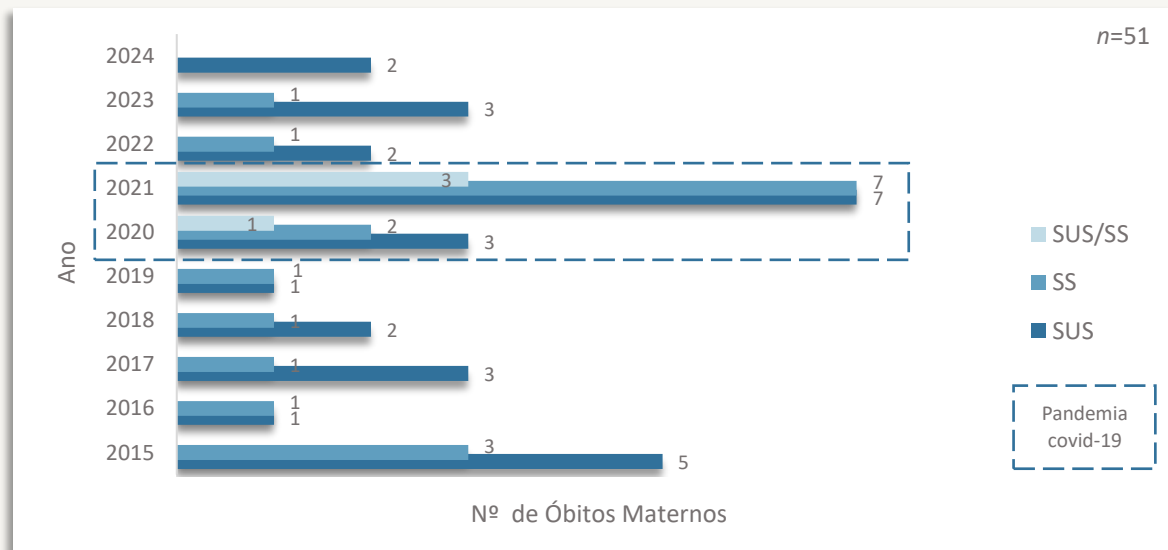
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba. Dados extraídos em 20/08/2025.

Na distribuição anual dos óbitos maternos (GRÁFICO 8), confirma-se que a mortalidade não se restringe a um único modelo assistencial. Embora o SUS apresente o maior volume acumulado, períodos da série histórica demonstram uma equivalência numérica entre o SUS e Saúde Suplementar, observada em 2016, 2019 e 2021.

No mesmo gráfico, observa-se, no período de 2020 a 2021, o impacto da pandemia de covid-19 na mortalidade materna do município, com destaque para o ano de 2021, que apresentou o maior número de registros da série histórica, totalizando 17 óbitos, sendo que desses 10 foram por complicações associadas à doença. Entre essas mulheres, duas não haviam recebido vacina contra a covid-19 e três apresentavam comorbidades registradas, fatores que podem ter contribuído para a maior gravidade dos casos. Esse foi o ano mais crítico da série, refletindo o predomínio da variante Gama do SARS-CoV-2 no país.

Em 2022, dentre os três óbitos, foi registrado um óbito relacionado à covid-19, indicando que os efeitos da pandemia ainda se faziam presentes no período de transição pós-pico, embora em menor magnitude. Dessa forma, o pico observado na série histórica não se explica apenas por características assistenciais ou organizacionais dos serviços de saúde, mas também pelo impacto direto da emergência sanitária sobre a mortalidade materna em Curitiba.

GRÁFICO 8 – ÓBITOS MATERNS, POR VÍNCULO ASSISTENCIAL, SEGUNDO ANO DE OCORRÊNCIA, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.



Fonte: Planilha de Controle de Óbitos Maternos da CEV/CE/SMS.

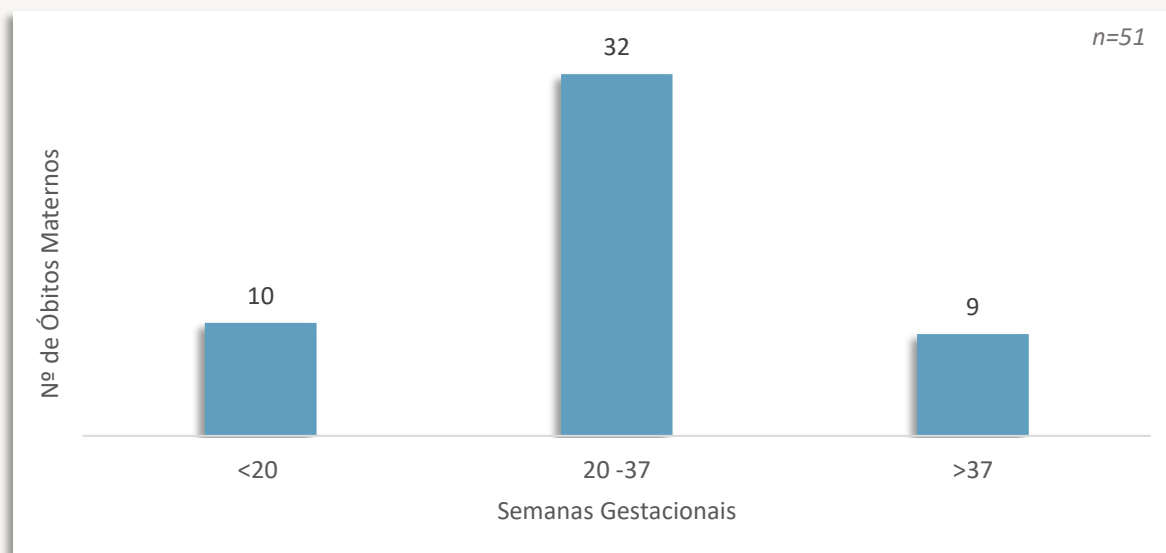
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba. Dados extraídos em 20/08/2025.

3.2.3 Distribuição dos Óbitos Maternos Segundo a Idade Gestacional

Na distribuição dos óbitos maternos segundo a idade gestacional (GRÁFICO 9), observamos que a maior concentração ocorre nas gestações com duração entre 20 e 37 semanas, totalizando 32 casos. Nesse período se intensificam as demandas fisiológicas da gestação e o risco de intercorrências obstétricas graves (BRASIL, 2022), muitas das quais resultam em partos prematuros.

A análise dos óbitos por idade gestacional (GRÁFICO 9) revela que, embora os extremos (abaixo de 20 e acima de 37 semanas) somem 19 casos, a maior concentração de óbitos ocorre no período de prematuridade (22 a 36 semanas), representando 63% do total ($n=32$).

GRÁFICO 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNS SEGUNDO A IDADE GESTACIONAL, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.



Fonte: Planilha de Controle de Óbitos Maternos da CEV/CE/SMS.

Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba. Dados extraídos em 20/08/2025.

3.2.4 Via de Parto nos Óbitos Maternos

Dentre os 51 óbitos maternos analisados, 14 casos não tiveram o parto como desfecho: oito mulheres faleceram com o feto ainda intraútero, cinco casos foram decorrentes de abortamentos e um foi motivado por gestação ectópica com necessidade de laparotomia. Ao analisar a via de parto entre as mulheres que evoluíram para o parto ($n=37$) e posteriormente foram a óbito materno, observou-se que 78,4% ($n=29$) foram submetidas à cesariana, enquanto 21,6% ($n=8$) tiveram parto vaginal.

Entre as 29 mulheres que evoluíram para cesariana, em três casos foi realizada a cesárea *perimortem*. Este procedimento define-se como uma intervenção cirúrgica de emergência, realizada em situações extremas, geralmente diante de risco iminente de morte materna ou parada cardiorrespiratória, visando à preservação da vida fetal e, quando possível, auxiliando na ressuscitação materna.

3.3 Causas, Evitabilidade e Medidas de Prevenção dos Óbitos Maternos

3.3.1 Causas Básicas dos Óbitos Maternos e Ciclo Gravídico-puerperal no Momento do Óbito

A análise das causas básicas de morte materna em Curitiba, no período de 2015 a 2024, revela que as síndromes hipertensivas constituem a principal causa, representando 23,5% do total de óbitos registrados (TABELA 1). Este indicador apresenta-se abaixo da média nacional, que registra 29,2% para a mesma causa (BRASIL, 2025).

Ao observar a distribuição dessas mortes conforme o momento da ocorrência, identificamos que o puerpério é o período de maior fragilidade. De maneira geral, 60,8% de todos os óbitos maternos da série histórica ocorreram nesta fase. No caso específico das patologias hipertensivas, essa concentração é ainda mais acentuada: 83,3% (10 de 12 óbitos) ocorreram no pós-parto, evidenciando que o desfecho do nascimento não encerra o risco de complicações graves que podem culminar no óbito materno.

Quanto às causas infecciosas (não relacionadas à covid-19), estas representam 21,6% do perfil de mortalidade, diferente de outros agravos, distribuem-se de forma mais ampla ao longo do ciclo gravídico-puerperal, com ocorrências registradas desde a gestação até o pós-aborto. Entretanto, o maior volume desses óbitos concentra-se também no puerpério (6 de 11 casos).

As causas circulatórias (11,8%) e tromboembólicas (7,8%) também apresentam relevância epidemiológica significativa, pois somadas essas condições representam quase um quinto das ocorrências.

Por outro lado, as causas hemorrágicas, historicamente prevalentes em cenários de menor estruturação assistencial e baixa densidade tecnológica, responderam por apenas 5,9% dos casos na série analisada. Este indicador é expressivamente inferior ao dado nacional, que registra 19,1% para o mesmo grupo de causas (BRASIL, 2025).

TABELA 1 – ÓBITOS MATERNOS, SEGUNDO AS PRINCIPAIS CAUSAS E MOMENTO DO ÓBITO, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.

CAUSA	MOMENTO DO ÓBITO				% POR CAUSA
	gestação	parto	pós aborto	puerpério	
hipertensiva	2			10	23,5
Infeciosa	3	1	1	6	21,6
infeciosa covid-19	2		1	7	19,6
circulatória	2		1	3	11,8
tromboembólica	1	1		2	7,8
hemorrágica		1	2		5,9
hematológica	1			1	3,9
colestase hepática				1	2,0
neoplásica				1	2,0
neuroológica	1				2,0
% MOMENTO DO ÓBITO	23,6	5,9	9,8	60,8	100,0

Fonte: Planilha de Controle de Óbitos Maternos da CEV/CE/SMS.

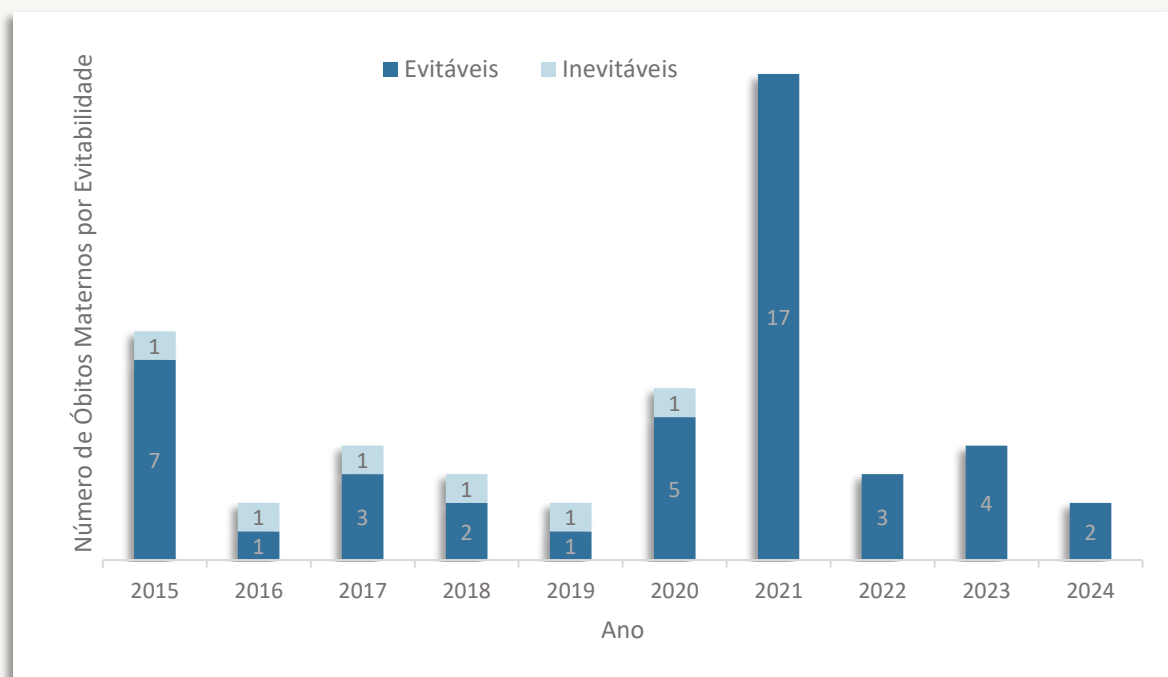
Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba. Dados extraídos em 20/08/2025.

Obs.: Para análise epidemiológica, as causas foram agrupadas em categorias temáticas (infeciosas, hipertensivas, circulatórias e outras), embora todas estejam codificadas dentro do Capítulo XV (O00–O99) do CID-10.

3.3.2 Evitabilidade dos Óbitos Maternos

De acordo com os critérios definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), 88,2% dos óbitos maternos ocorridos no período de 2015 a 2024 foram classificados como evitáveis, enquanto apenas 11,8% foram considerados inevitáveis. A série histórica apresentada no GRÁFICO 14 demonstra a necessidade de aperfeiçoamento contínuo da atenção obstétrica.

GRÁFICO 10 – ÓBITOS MATERNOS, SEGUNDO A EVITABILIDADE, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015 A 2024.



Fonte: Planilha de Controle de Óbitos Maternos da CEV/CE/SMS.

Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba. Dados extraídos em 20/08/2025.

3.3.3 Medidas de Prevenção de Óbitos Maternos

A Secretaria Municipal da Saúde, em conjunto com a Câmara Materna do Comitê Pró-Vida, consolidou, ao longo dos anos, as medidas de prevenção dos óbitos maternos considerados evitáveis. Até 2021, as medidas baseavam-se em um modelo estruturado em seis eixos preventivos (TABELA 2). A transição para o atual modelo de dez grupos em 2022 (TABELA 3) reflete um esforço de maior especificidade técnica, ampliando o escopo das medidas e permitindo intervenções mais assertivas nos pontos críticos da rede de atenção à saúde.

TABELA 2 – MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, ATÉ 2021.

CÓDIGO	MEDIDAS DE PREVENÇÃO
1	MEDIDAS RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL
1A	Garantir acesso
1B	Qualidade no pré-natal
1C	Melhor diagnóstico no pré-natal
1D	Acesso a tratamento em serviços especializados em alto risco
1E	Realizar vigilância do risco gestacional
1F	Assistência a usuárias de álcool / drogas
1G	Outras
2	MEDIDAS PARA ATENÇÃO HOSPITALAR
2A	Acesso a internamento hospitalar
2B	Melhor diagnóstico a nível hospitalar
2C	Acesso a tratamento adequado (emergências obstétricas)
2D	Indicação adequada ao parto
2E	Assistência adequada ao parto
2F	Acesso a hemoderivados
2G	Melhor indicação anestésica
2H	Acesso a medicação
2I	Outras
3	MEDIDAS PARA PUERPÉRIO
3A	Busca ativa da puérpera de risco
3B	Acesso a tratamento adequado (nível ambulatorial)
3C	Acesso a tratamento adequado (nível hospitalar)
3D	Outras
4	MEDIDAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR
4A	Acesso a métodos contraceptivos adequados
4B	Indicação de contraceptivo no período pré natal
4C	Indicação de contraceptivo no período pós concepcional
5	MEDIDAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
5A	No pré-natal
5B	No parto
5C	No puerpério
6	MEDIDAS SOCIAIS
6A	Melhores condições de renda familiar
6B	Melhores condições de escolaridade

Fonte: Centro de Epidemiologia, Coordenação de Eventos Vitais, Comitê Pró-Vida de Prevenção do Óbito Fetal, Infantil e Materno - Câmara Materna, 2022.

TABELA 3 – MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, A PARTIR DE 2022.

CÓDIGO	MEDIDAS DE PREVENÇÃO
1	MEDIDAS RELACIONADAS AO PLANEJAMENTO FAMILIAR
1A	Melhor identificação do risco reprodutivo
1B	Acesso à métodos contraceptivos específicos para a comorbidade
1C	Indicação de contraceptivo no período puerperal
2	MEDIDAS RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL
2A	Acesso ao pré-natal/captação precoce da gestante
2B	Garantir o número de consultas de pré-natal necessárias ao caso
2C	Qualificar a estratificação do risco gestacional
2D	Diagnosticar as intercorrências no pré-natal
2E	Tratar adequadamente as intercorrências no pré-natal
2F	Adesão dos profissionais aos protocolos Obstétricos
2G	Encaminhar e garantir o acesso à assistência ao pré-natal de alto risco
2H	Garantir o tratamento em serviços especializados em alto risco
2I	Garantir medicação e vacinas
2J	Manter a vigilância do risco gestacional e a busca ativa da gestante ou puérpera
2K	Outras: (especificar)
2L	Registrar os dados em prontuário/carteirinha da paciente
2M	Melhorar as orientações básicas para a gestante puérpera e família
3	MEDIDAS PARA ATENÇÃO EMERGENCIAL (PRONTO ATENDIMENTO) – GESTAÇÃO E PUERPÉRIO - UPA
3A	Acesso ao atendimento em pronto atendimento
3B	Diagnóstico em pronto atendimento (emergenciais), baseado em protocolos
3C	Tratamento baseado em protocolos (emergenciais)
3D	Adesão dos profissionais ao protocolo obstétrico
3E	Acesso a hemocomponentes
3F	Acesso a medicação
3G	Preenchimento das Contra referência/Comunicação com as equipes
3H	Acesso à hospital de maior complexidade/especialidade necessária ao caso
3I	Transporte inter-hospitalar no momento oportuno
3J	Outras: especificar
3K	Registro dos dados da gestante puérpera, em sistema informatizado/prontuário
3L	Fornecer orientações adequadas à gestante e puérpera
4	MEDIDAS PARA ATENÇÃO HOSPITALAR (INTERNAMENTO) – GESTAÇÃO OU PUERPÉRIO
4A	Demora no acesso ao internamento hospitalar
4B	Diagnóstico baseado em protocolo obstétrico hospitalar
4C	Tratamento baseado em protocolo obstétrico
4D	Adesão da equipe profissional aos protocolos obstétricos operacionais e assistenciais
4E	Indicação da via de parto segundo os protocolos
4F	Indicação do parto no momento oportuno
4G	Assistência adequada ao parto
4H	Acesso a hemocomponentes
4I	Indicação do tipo de anestesia segundo o quadro clínico da gestante ou puérpera
4J	Acesso a medicação
4K	Preenchimento da contrarreferência ou comunicação com as equipes profissionais
4L	Demora no acesso ao hospital de maior complexidade/especialidade necessária ao caso
4M	Demora no transporte inter-hospitalar
4N	Outras: especificar
4O	Registrar os dados da gestante puérpera em sistema informatizado/carteirinha da paciente

CONTINUAÇÃO TABELA 3

CÓDIGO	MEDIDAS DE PREVENÇÃO
5	MEDIDAS PARA O PUERPÉRIO – AMBULATORIAL
5A	Acesso à consulta puerperal
5B	Busca ativa da puérpera de risco
5C	Manter vigilância do risco em puérpera
5D	Diagnóstico com base em protocolo obstétrico a puérpera
5E	Tratar com base em protocolo obstétrico a puérpera
5F	Outras: especificar
5G	Preencher a contrarreferência ou comunicar ao profissional da equipe de saúde que dará continuidade ao cuidado da puérpera
5H	Registrar os dados médicos da puérpera no sistema informatizado/ carteira da gestante
6	MEDIDAS SOCIAIS
6A	Orientar como melhorar a renda familiar
6B	Orientar como melhorar a escolaridade
6C	Garantir assistência, monitoramento, prevenção, e apoio nos casos de dependência química
6D	Garantir assistência, prevenção, monitoramento e apoio nos casos de Situação de violência
6E	Outras: especificar
6F	Orientar como melhorar a infraestrutura básica (saneamento, habitação)
7	MEDIDAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE – ORIENTAÇÃO PELA EQUIPE DE SAÚDE À PACIENTE
7A	Orientação em saúde no período pré-concepcional
7B	Orientação em saúde no pré-natal
7C	Orientação em saúde no Trabalho de parto e parto
7D	Orientação em saúde no puerpério
8	COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE
8A	Comunicação entre profissionais no pré-natal/puerpério baixo risco
8B	Comunicação entre profissionais no pré-natal/puerpério de alto risco
8C	Comunicação entre profissionais no atendimento emergencial (pronto atendimento) nos casos que necessitam seguimento através de documentação médica
8D	Comunicação entre profissionais de outras especialidades no internamento hospitalar- clinica ampliada
8E	Preencher a referência/contrarreferência (hospitalar-ambulatorial ou inverso, via sistema informatizado ou resumo de alta médica)
8F	Comunicação entre serviços de saúde: entre instituições públicas e não públicas
8G	Outras: especificar
9	OUTROS SETORES EXTERNOS À SAÚDE
9A	Garantir a Segurança pública
9B	Garantir Saneamento básico
9C	Outras: especificar
10	SITUAÇÕES RELACIONADAS À PACIENTE: DEMORA FASE 1
10A	Demora ou recusa de vinculação ao pré-natal
10C	Demora ao acesso à educação em saúde
10D	Demora ou recusa em procurar a assistência necessária
10E	Demora ou recusa em seguir orientações dos profissionais
10F	Demora ou recusa de atendimento de maior complexidade indicada por profissional da saúde
10G	Falta de reconhecimento do problema pela paciente
10H	Outras: especificar
10I	Demora ou a não aderência ao tratamento

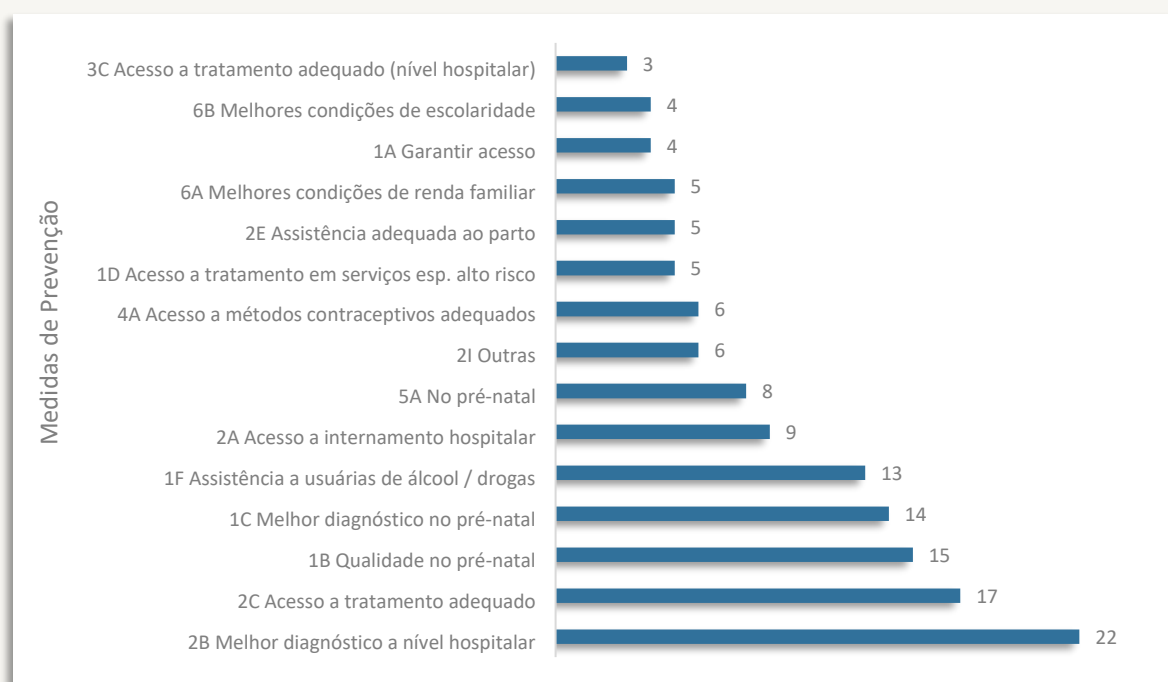
Fonte: Centro de Epidemiologia, Coordenação de Eventos Vitais, Comitê Pró-Vida de Prevenção do Óbito Fetal, Infantil e Materno - Câmara Materna, 2022.

Nos GRÁFICOS 11 e 12 apresentamos as medidas de prevenção apontadas na análise dos óbitos maternos ocorridos entre 2015 e 2024. É importante ressaltar que um mesmo óbito pode apresentar múltiplas medidas associadas; por esse motivo, as frequências representam o número de ocorrências de cada medida e não o número total de casos.

No período de 2015 a 2021 (GRÁFICO 11), observamos que as medidas de prevenção mais frequentes (TABELA 2) concentram-se nos temas relacionados à “Atenção Hospitalar” e ao “Pré-natal”.

No âmbito da Atenção Hospitalar, destaca-se a medida 2B – *Melhor diagnóstico a nível hospitalar*, com maior número de registros ($n=22$), seguida da medida 2C – *Acesso a tratamento adequado* ($n=17$). Quanto à assistência ao Pré-natal, as medidas com maior frequência foram 1B – *Qualidade no pré-natal* ($n=15$) e a 1C – *Melhor diagnóstico no pré-natal* ($n=14$). Indicando vulnerabilidades adicionais, também foram registradas as medidas 1F – *Assistência a usuárias de álcool/drogas* ($n=13$), 2A – *Acesso a internação hospitalar* ($n=9$) e 5A – *Medidas de Educação em Saúde no pré-natal* ($n=8$).

GRÁFICO 11 – PRINCIPAIS 15 MEDIDAS DE PREVENÇÃO IDENTIFICADAS, APÓS ANÁLISE DOS ÓBITOS MATERNNOS, DE RESIDENTES EM CURITIBA, NO PERÍODO DE 2015 A 2021.



Fonte: Planilha de Controle de Óbitos Maternos da CEV/CE/SMS.

Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba. Dados extraídos em 20/08/2025.

No GRÁFICO 12, apresentamos as medidas mais frequentes, no período de 2022 a 2024, elaboradas com base nas ações de prevenção revisadas (TABELA 3). Observa-se uma concentração em temas voltados à estratificação e à vigilância do risco gestacional, bem como

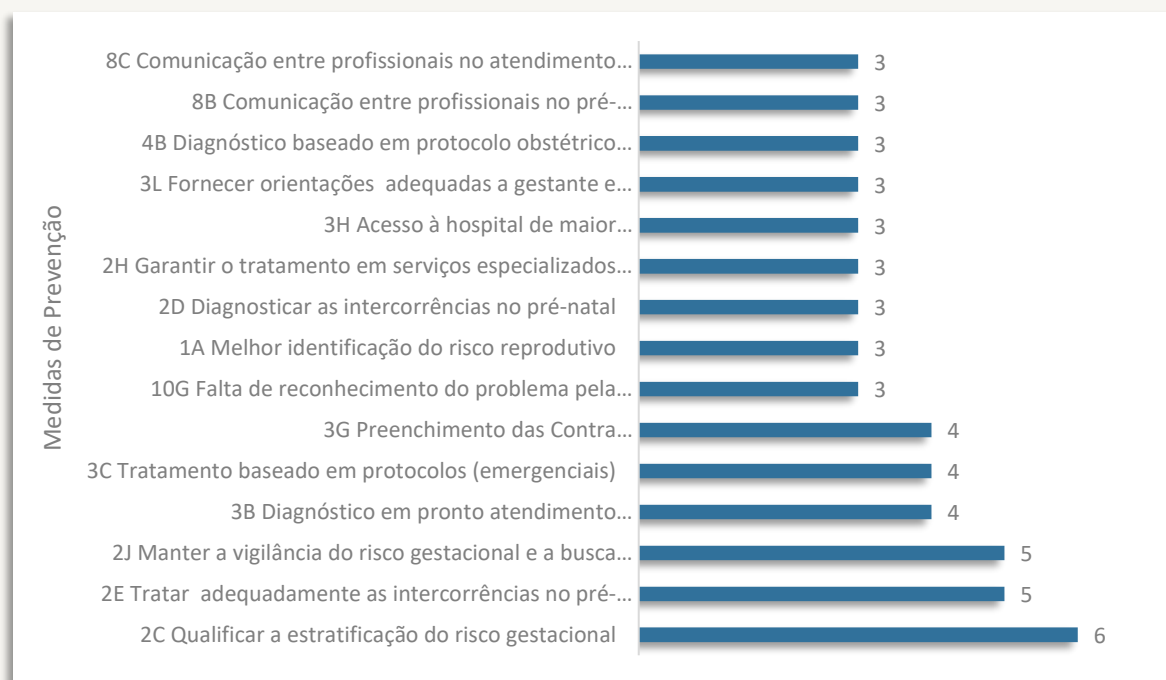
ao manejo de intercorrências, contemplados nos eixos das medidas de prevenção do “Pré-natal” e da “Atenção Emergencial - Gestação e Puerpério – UPA”.

No âmbito da assistência ao Pré-natal, destaca-se a medida 2C – *Qualificar a estratificação do risco gestacional (n=6)*, seguida pelas medidas 2E – *Tratar adequadamente as intercorrências no pré-natal (n=5)* e 2J – *Manter a vigilância do risco gestacional e a busca ativada gestante ou puérpera (n=5)*.

Quanto ao âmbito da Atenção Emergencial - Gestação e Puerpério - UPA, observam-se medidas como 3B – *Diagnóstico em pronto atendimento (emergenciais)*, 3C – *Tratamento baseado em protocolos (emergenciais)* e 3G – *Preenchimento da contrarreferência/comunicação* entre serviços, todas com quatro registros cada.

Outras medidas, como 1A – *Melhor identificação do risco reprodutivo*, 2D – *Diagnosticar as intercorrências no pré-natal* e 3H – *Acesso a hospital de maior complexidade/especialidade*, embora menos frequentes, também compuseram o perfil de oportunidades de intervenção.

GRÁFICO 12 – PRINCIPAIS 15 MEDIDAS DE PREVENÇÃO IDENTIFICADAS, APÓS ANÁLISE DOS ÓBITOS MATERNNOS, DE RESIDENTES EM CURITIBA, NO PERÍODO DE 2022 A 2024.



Fonte: Planilha de Controle de Óbitos Maternos da CEV/CE/SMS.

Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba. Dados extraídos em 20/08/2025.

Embora algumas medidas apresentem menor frequência de registros, todas contribuem para compreender as múltiplas dimensões da mortalidade materna.

3.3.4 Análise de Fragilidades e Intervenções Prioritárias

A síntese dos principais problemas encontrados nos óbitos maternos entre 2015 e 2024, apresentada na TABELA 4, é resultado direto das análises realizadas pela Câmara Materna. Os temas elencados refletem os nós críticos da rede de atenção que contribuíram para esses desfechos. Para cada uma dessas fragilidades, foram identificadas medidas de prevenção específicas, estruturadas em ações recomendadas e priorizadas conforme o potencial de impacto na redução da mortalidade e no fortalecimento da rede assistencial.

TABELA 4 – SÍNTESE DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS E AÇÕES RECOMENDADAS A PARTIR DA ANÁLISE DOS ÓBITOS MATERNOS, DE RESIDENTES EM CURITIBA, 2015-2024.

Tema	Problemas Identificados	Ações Recomendadas	Prioridade
História Obstétrica / Saúde Mental	Perda fetal recorrente, transtorno mental sem monitoramento, ausência de planejamento familiar.	Monitorar gestantes com histórico e saúde mental, reforçar planejamento familiar.	Alta
Insuficiência Cervical / Corioamnionite	Sangramento persistente, falha em monitoramento da cerclagem	Monitorar cerclagem uterina, reconhecer sinais precoces de Corioamnionite	Alta
Infecção Urinária	Falha no monitoramento de ITU, sepse não reconhecida.	Capacitar UBS e UPA para diagnóstico e encaminhamento adequado.	Alta
Infecção Genital	Ausência de exames ginecológicos regulares no pré-natal.	Realizar exame especular na vinculação e repetir no 2º trimestre.	Média
Gravidez Ectópica / Aborto	Diagnóstico tardio de gravidez, falha na entrega de resultados de beta-hCG.	Implantar teste rápido, agilizar entrega dos resultados beta-hCG.	Alta
Fluxos de Encaminhamento	Ausência de comunicação entre serviços, falha no acompanhamento após alta.	Criar relatórios de encaminhamento e fluxos institucionais com rede básica.	Alta
Atendimento UPA	Falta de protocolo, ausência de sinais vitais no prontuário, falha na comunicação.	Capacitar equipe, registrar sinais vitais, criar alertas entre unidades.	Alta
Pré-natal	Baixa qualidade do pré-natal, falhas na estratificação de risco, dados incompletos.	Treinar equipe para risco obstétrico, melhorar registro e captação precoce.	Alta
Maternidades	Falta de UTI, falhas no diagnóstico e assistência ao parto, ausência de protocolos.	Implantar protocolos de urgência, garantir UTI, capacitar equipe, agilizar transporte e análise de casos.	Alta
Gestante	Falta de orientação sobre riscos, baixa adesão à vacina.	Fortalecer orientação em saúde e adesão à vacinação.	Média
Agente Comunitário	Baixa captação de gestantes com risco gestacional.	Orientar e capacitar agentes comunitários para busca ativa e encaminhamento.	Média
Saúde Suplementar	Falta de comunicação entre SUS e Saúde Suplementar (SS), ausência de protocolos claros.	Estabelecer comunicação ativa com SS e garantir atendimento especializado.	Alta
Pré-natal	Qualidade do pré-natal, estratificação de risco, dados incompletos, falha na comunicação UBS/Maternidade.	Treinar equipe, melhorar captação precoce, registro, avaliação clínica e vigilância de comorbidades.	Alta

Fonte: Planilha de Controle de Óbitos Maternos da CEV/CE/SMS. Elaboração: Centro de Epidemiologia/CEV - SMS Curitiba. Dados extraídos em 20/08/2025.

Até o final de 2025, o plano de ações apresenta um índice de conclusão de 69,2%, com 9 das 13 metas plenamente atingidas. Atualmente, o cronograma prioriza a qualificação do diagnóstico de infecções genitais mediante a ampliação da cobertura de exames especulares. No âmbito hospitalar e de urgência, as intervenções focam na implantação de protocolos assistenciais, garantia de leitos de UTI, capacitação de equipes e otimização da logística de transporte. Adicionalmente, busca-se estabelecer uma comunicação ativa com a Saúde Suplementar (SS), assegurando a agilidade nos processos e a garantia de atendimento especializado para as usuárias.

4 NEAR MISS MATERNO

O *Near Miss* Materno, ou quase morte materna, refere-se a situações em que a mulher sobrevive a uma complicação potencialmente fatal durante a gestação, o parto ou até 42 dias após o término da gestação. Analisar esses eventos permite identificar determinantes e falhas assistenciais de forma análoga aos óbitos maternos, oferecendo uma oportunidade para avaliar e qualificar a assistência e reduzir a recorrência de fatores evitáveis.

O monitoramento do *Near Miss* Materno é um importante indicador da qualidade do cuidado obstétrico (OMS, 2011) pois sua ocorrência está frequentemente relacionada a dificuldades no acesso, reconhecimento precoce de riscos ou resposta assistencial a complicações. Assim, a vigilância desses eventos contribui para a identificação de fragilidades e para o aprimoramento contínuo da linha de cuidado materna.

No cenário internacional, o conceito de *Near Miss* Materno começou a ganhar destaque na década de 1990, quando passou a ser utilizado para caracterizar situações de complicações graves que, embora potencialmente fatais, foram evitadas. Em 2004, a OMS consolidou o tema ao estabelecer critérios clínicos, laboratoriais e de manejo para identificação padronizada dos casos.

No Brasil, o Ministério da Saúde incorporou o conceito aos protocolos assistenciais e à vigilância obstétrica a partir de 2011, fortalecendo a análise de agravos graves e contribuindo para a qualificação da atenção materna. No Paraná, a vigilância do *Near Miss* Materno foi iniciada em setembro de 2017 pela Secretaria de Estado da Saúde, integrando-se às estratégias estaduais de melhoria da assistência, dentro da Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná (SESA, 2022).

4.1 A Experiência de Curitiba e o Avanço em 2024

Em Curitiba, a implantação iniciou-se em 2018 em seis maternidades públicas, embora com número reduzido de notificações ao longo dos anos seguintes. Em 2024, o projeto foi implementado para todas as nove maternidades da cidade, incluindo as do SUS e da Saúde Suplementar, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. Desde o início, a notificação foi realizada por meio da ficha padronizada disponível no REDCap (*Research Electronic Data*

Capture), sistema eletrônico utilizado internacionalmente para coleta e gestão de dados em saúde, garantindo maior padronização, qualidade do registro e monitoramento dos casos.

Dentre as ações desenvolvidas, destaca-se a atualização da ficha de notificação do Near Miss Materno, realizada ao final de 2024, a partir da escuta ativa conduzida junto às maternidades no mês de outubro. Essa atualização teve como objetivo alinhar o preenchimento à lógica assistencial e à linha de cuidado hospitalar, qualificando o processo de notificação.

As maternidades receberam apoio técnico para a organização da busca ativa dos casos nos diferentes setores assistenciais. Adicionalmente, foram reforçados os critérios de identificação, com foco na sensibilização das equipes para a notificação de gestantes e puérperas em situações de maior gravidade, tais como: transfusão sanguínea, uso de sulfato de magnésio, admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), realização de procedimentos subsequentes, ideação suicida e inclusão em protocolo de sepse.

A maternidade com maior aderência ao projeto compartilhou sua experiência com as demais unidades, contribuindo para a padronização das práticas e o fortalecimento da vigilância do Near Miss Materno.

4.2 Resultados e Perspectivas

Como resultado desse fortalecimento institucional, Curitiba registrou 273 notificações em 2024, volume que praticamente iguala o acumulado dos três anos anteriores (2021-2023, com 277 notificações). Este avanço representa um incremento de aproximadamente 245% em relação a 2023 ($n=79$), consolidando um marco na vigilância epidemiológica do município.

Apesar do avanço, a adesão da Saúde Suplementar ainda se mostra aquém do esperado. A sensibilização realizada em 2024 foi um passo fundamental, mas o desafio para os próximos anos reside em consolidar essa cultura de notificação em toda a rede, garantindo que o *Near Miss* funcione como uma ferramenta preventiva eficaz para a redução da mortalidade materna.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da mortalidade materna em Curitiba no período de 2015 a 2024 identifica avanços importantes, mas também desafios persistentes na linha de cuidado à gestante e à puérpera. O município apresentou oscilações nos indicadores de mortalidade, fortemente impactadas pela pandemia de covid-19 entre 2020 e 2021. Todavia, como reflexo das políticas de saúde locais, mesmo diante desse cenário atípico, Curitiba manteve indicadores melhores que os estaduais e nacionais.

Nesse contexto, a predominância de óbitos no puerpério, fase em que se manifestam complicações críticas como infecções, hipertensão e hemorragias, reforça a necessidade de uma atenção qualificada e ininterrupta após o parto. Somado a isso, a distribuição heterogênea dos eventos entre os distritos sanitários aponta para desigualdades territoriais que exigem estratégias de vigilância específicas para áreas de maior vulnerabilidade social. Pela perspectiva epidemiológica, a concentração em causas infecciosas e hipertensivas revela janelas de oportunidade para intervenções precoces e manejo clínico protocolado.

A análise do vínculo assistencial demonstra que a mortalidade materna é um desafio presente tanto no Sistema Único de Saúde quanto na Saúde Suplementar. Tal cenário reforça a importância do alinhamento técnico e da troca de informações entre os diferentes setores, especialmente em quadros de maior complexidade. As evidências extraídas desta série histórica apontam que o aprimoramento da estratificação de risco, a agilidade diagnóstica e o manejo padronizado das intercorrências, aliados a canais de comunicação articulados entre os serviços, são os pilares fundamentais para a redução sustentada dos óbitos maternos no município.

A implantação e ampliação do Near Miss Materno em 2024 representou um marco para a vigilância obstétrica do município, com importante avanço em sensibilização, estruturação de fluxos e qualificação dos registros. O crescimento expressivo das notificações demonstra maior engajamento dos serviços e mostra o potencial dessa estratégia para identificar precocemente riscos, orientar ações e prevenir desfechos graves.

Diante desse cenário, a continuidade do monitoramento e o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica mostram-se fundamentais para subsidiar a qualificação das

atensões primária e hospitalar. A definição de fluxos assistenciais claros, aliada à comunicação entre os serviços e à educação permanente, configura-se como estratégia central para o avanço na prevenção dos óbitos. Tais medidas são essenciais para avançar na prevenção dos óbitos e manter o município dentro das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, assegurando uma atenção obstétrica mais segura, integrada e resolutiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2022: análise da situação de saúde e uma visão integrada sobre os fatores de risco para anomalias congênitas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudebrasil_2022_analise_anomalias_congenitas.pdf. Acesso em: 20 de ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 227/2025-SVSA/SAPS/SAES/SESAI/MS**. Apresenta a situação da mortalidade materna no Brasil e as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-2272025-svsa-saps-saes-sesai-ms.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. **Linha Guia – Atenção Materno Infantil: Gestação**. 8. ed. Curitiba: SESA, 2022. 80 p. (Série Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná; v. 1). E-book. ISBN 978-85-66800-27-2. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_gui_mi_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf. Acesso em: 26 fev. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The WHO near-miss approach for maternal health: WHO users' guide**. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547741>. Acesso em: 26 fev. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-11)**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/items/6e598dbe-a40f-4816-b081-d0ec3d2c88e7>. Acesso em: 06 jan. 2026.