

Morte de mulheres em idade fértil nos municípios de Eunápolis, Porto Seguro e Teixeira de Freitas – BA, entre os anos de 2018 e 2022

Camila Soares Nascimento¹  Rayane de Oliveira Ferreira Albuquerque¹  Anna Vitória Ferreira Viana Baia¹ 
Camille Ferraz Galvão¹  Esther Albares Pagung¹  Henika Priscila Lima Silva¹  Sabrina Bastos de Lima Portugal¹ 

¹Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis. Eunápolis/BA, Brasil.
E-mail: afonso1317@gmail.com

Resumo Gráfico

Highlights

- Ocorreram 918 óbitos de mulheres em idade fértil no extremo sul da Bahia, entre 2018 e 2023.
- Houve predominância de mulheres pardas entre 40 e 49 anos.
- Fatores socioeconômicos e falhas no acesso à saúde estiveram associados aos óbitos.
- Cerca de 35% das mortes ocorreram fora do hospital, revelando barreiras estruturais.
- O fortalecimento do SUS é essencial para reduzir desigualdades regionais e raciais.

Morte de mulheres em idade fértil em Eunápolis, Porto Seguro e Teixeira de Freitas – BA, entre 2018 e 2022

CONTEXTO

A mortalidade feminina em idade fértil (10–48 anos) reflete desigualdades estruturais e falhas no acesso à saúde. Regiões do Nordeste, como o extremo sul da Bahia, apresentam maior vulnerabilidade.



MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal e observacional. Dados secundários obtidos do SIM/Datasus e do IBGE (2018–). Variáveis: faixa etária, raça/cor da pele, local de óbito e município de residência.

PRINCIPAIS RESULTADOS

- 918 óbitos registrados nos três municípios analisados.
- Maior prevalência em mulheres pardas (65,7%).
- Faixa etária mais atingida: 40–49 anos (29,7%).
- 35% dos óbitos ocorreram fora do ambiente hospitalar.
- Doenças circulatórias e neoplasias destacam-se entre as principais causas.



CONCLUSÕES

A mortalidade em idade fértil está fortemente associada a vulnerabilidades sociais e desigualdades regionais. Há necessidade urgente de políticas intersetoriais, fortalecimento do SUS e ampliação da assistência obstétrica e reprodutiva. O estudo contribui para o monitoramento dos ODS no Brasil.

Resumo

Mesmo sendo a maior parte da população brasileira, diversos fatores epidemiológicos, demográficos e políticos influenciam diretamente e significativamente na saúde, vida e morte das mulheres, e na maior parte das vezes negativamente. O objetivo deste estudo é analisar os resultados dos fatores que contribuíram para a morte de mulheres em idade fértil disposto no censo demográfico do IBGE referente aos anos de 2018 a 2022, especificamente nos municípios de Porto Seguro, Eunápolis e Teixeira de Freitas no extremo Sul da Bahia. A metodologia usada para delinear tal estudo foi uma pesquisa descritiva, transversal e observacional, a partir de dados secundários sobre mortalidade materna e suas variáveis através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando informações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). As estimativas populacionais do Censo foram acessadas no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Como resultado percebe-se que nos municípios estudados a maior taxa bruta de mortes de mulheres em idade fértil foi parda, na faixa etária de 40 a 49 anos, mas, contudo, são as que mais possuem acesso ao serviço público de saúde. A mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil reflete desafios profundos de natureza estrutural e social que ultrapassam os limites da saúde pública. A abordagem intersetorial e o fortalecimento de políticas de saúde reprodutiva são passos fundamentais para alcançar as metas dos ODS e assegurar o direito à saúde para todas as mulheres.

Palavras-chave: Mulher. Mortalidade. Idade Fértil. Saúde Feminina. Políticas de Saúde.

Editor de área: Edison Barbieri
Mundo Saúde. 2025;49:e16832024
O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.
<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

Recebido: 19 novembro 2024.
Aprovado: 06 outubro 2025.
Publicado: 07 novembro 2025.

INTRODUÇÃO

A mortalidade de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) é um problema de saúde pública que reflete múltiplos fatores sociais, econômicos, culturais e de saúde. As causas dessas mortes são muitas vezes evitáveis e o monitoramento dessas taxas de mortalidade são essenciais para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e as condições de vida dessas mulheres¹.

Conforme o Ministério da Saúde² diversos fatores contribuem para a mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil, incluindo, complicações relacionadas à gravidez e ao parto, doenças infecciosas e crônicas, violência de gênero e acesso inadequado aos serviços de saúde, fazendo com que o entendimento e o reconhecimento dos determinantes sejam cruciais para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes.

A falta de acesso a cuidados pré-natais de qualidade, a ausência de assistência médica adequada durante o parto e a deficiência no manejo de emergências obstétricas são determinantes importantes nesse contexto. Essas complicações, muitas vezes evitáveis, evidenciam as desigualdades de acesso aos serviços de saúde, especialmente em regiões mais pobres³.

Outro fator relevante é a prevalência de doenças infecciosas e crônicas que afetam as mulheres em idade fértil. O HIV/AIDS, a tuberculose e as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) continuam sendo relevantes no grupo de causas de morbimortalidade, especialmente em países em desenvolvimento. Além disso, doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, câncer de mama, colo de útero e encéfalo, também afetam significativamente essa população. Muitas dessas condições são agravadas pela falta de diagnóstico precoce e tratamentos inadequados, apontando a necessidade de intervenções preventivas e de cuidados de saúde contínuos⁴.

A violência de gênero e a desigualdade social são fatores que impactam diretamente a mortalidade de mulheres em idade reprodutiva, como por exemplo, o acesso inadequado a serviços de saúde de qualida-

de também é um fator-chave na mortalidade dessas mulheres. Barreiras como a falta de infraestrutura, ausência de profissionais qualificados, custos elevados e a distância dos centros de saúde tornam o acesso aos cuidados básicos e de emergência extremamente difícil⁵.

Este cenário pode apresentar-se ainda mais alarmante em regiões com grande fluxo sazonal de pessoas, como os litorais e cidades turísticas, como por exemplo o extremo sul da Bahia, local deste estudo. Diante deste importante problema de saúde pública, torna-se salutar a realização de estudos que busquem identificar as principais causas de morte entre mulheres em idade fértil, bem como as condições socioeconômicas e demográficas associadas a essas mortes. As cidades escolhidas são as três maiores do extremo sul da Bahia e merecem destaque por possuírem serviços especializados e serem referências para a região. Compreender esses fatores pode orientar a formulação de políticas públicas voltadas à redução da mortalidade feminina, à melhoria do acesso à saúde e à promoção de ambientes mais seguros e igualitários.

Regiões mais vulneráveis, sofrem com a falta de infraestrutura médica, desinformação e as barreiras culturais agravam o risco de morte em fases críticas, como a gravidez, o parto e o pós-parto². A investigação sobre as causas da mortalidade nessa faixa etária é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes e ações preventivas que visem reduzir as disparidades e promover a equidade em saúde. Diante disso, surge o questionamento de: “Quais são os resultados de mortalidade de mulheres em idade fértil na faixa etária entre 10 e 49 anos no Extremo Sul da Bahia entre os anos de 2018 e 2022?”

Portanto, o presente estudo teve como objetivo principal analisar os resultados dos fatores que contribuem para morte de mulheres em idade fértil estão disponíveis no site do IBGE referente aos anos de 2018 a 2022, especificamente nos municípios de Porto Seguro, Eunápolis e Teixeira de Freitas no extremo Sul da Bahia.

METODOLOGIA

O delineamento da pesquisa descritiva, transversal e observacional, a partir de dados secundários, orienta este estudo. Os dados sobre mortalidade de mulheres em idade fértil e suas variáveis nas cidades de Eunápolis, Porto Seguro e Teixeira de Freitas, na Bahia, foram obtidos entre 2018 e 2022 através do Departamento de Informática do Sistema Úni-

co de Saúde (DATASUS), utilizando informações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). As estimativas populacionais do Censo foram acessadas no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A população selecionada para o estudo são as Mulheres em Idade Fértil (MIF), definidas como

aquelas entre 10 e 49 anos, conforme o caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Ministério da Saúde, pactuado em 19 de junho de 2013 pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Essa faixa etária foi escolhida por diversos motivos, como por ser a mais vulnerável e abranger diferentes ciclos da vida da mulher em situação de violência.

A análise estatística foi realizada a partir da organização e tratamento dos dados obtidos nas bases secundárias do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do IBGE. Inicialmente, aplicou-se uma análise descritiva para caracterizar o perfil da população estudada, contemplando variáveis como idade, cor/raça, faixa etária e município de residência. As taxas de mortalidade foram calculadas de acordo com o número de óbitos em relação à população de mulheres em idade fértil, considerando as estimati-

vas populacionais do período de 2018 a 2022.

Para a comparação entre os grupos e a identificação de possíveis associações entre as variáveis, foram utilizados testes estatísticos como o qui-quadrado (χ^2) para variáveis categóricas e o teste *t* de Student para variáveis contínuas, quando aplicável. Em casos que exigiram maior controle de fatores de confusão, foram empregados modelos de regressão logística ajustados por idade e município. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas com o auxílio do *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 25.0, e, para conferência e complementação gráfica, utilizou-se o Microsoft Excel. No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, foram consideradas faixa etária, raça/cor e local de ocorrência do óbito.

RESULTADOS

Na região Nordeste, região em que estão localizados os municípios de Eunápolis, Porto Seguro e Teixeira de Freitas, com exceção da inversão observada nas taxas de mortalidade por doenças relativas a morbididades e do aparelho respiratório, cujo percentual de morte aparece maior dentre as causas apresentadas anteriormente no país, as taxas de mortalidade nos demais capítulos permaneceram na mesma posição, todavia com aumento no valor de todas elas².

Na amostra de 918 participantes, observa-se que a maioria se encontra entre 30 e 49 anos: 30–39 anos: 142 indivíduos (15,47%) e 40–49 anos: 263 indivíduos (28,66%). Em conjunto, esses dois grupos representam 44,13% da amostra, configurando uma população predominantemente adulta jovem. Já os mais jovens (10–19 anos) são apenas 2,39% ($n=22$), sugerindo baixa representatividade dessa faixa etária no estudo, assim, considerando a proporção acumulada de adultos (20–49 anos), ela atinge 49,79% da população analisada.

De acordo com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) apresentados na Tabela 1, observa-se que, entre as mulheres em idade reprodutiva que foram a óbito em ambiente hospitalar nos municípios do estudo, há um predomínio expressivo da raça/cor parda (65,00%), seguida da branca (17,42%). Somadas, essas duas categorias representam 82,42% dos óbitos hospitalares, evidenciando que a maior parte das mortes ocorre entre esses dois grupos populacionais.

Contudo, quando analisamos não apenas as frequências absolutas, mas também as taxas específicas de mortalidade hospitalar em relação ao total de mulheres da amostra, identificamos que as proporções de óbito são elevadas em todos os estratos de raça/

cor. A taxa de mortalidade hospitalar foi de 68,9% entre brancas, 61,8% entre pretas, 64,3% entre pardas e 66,7% entre indígenas. Embora os números absolutos sejam distintos, as taxas percentuais de óbito apresentam magnitudes semelhantes, sugerindo que o risco de morte hospitalar é elevado de forma geral, independentemente da raça/cor. Ressalta-se, entretanto, que o grupo de mulheres amarelas apresentou taxa de 100%, mas esse achado deve ser interpretado com cautela devido ao número extremamente reduzido de casos ($n=2$), o que gera viés de superestimação.

De acordo o Sistema de Informação de Mortalidade⁷ no período usado para a pesquisa referente aos municípios do estudo, cerca de 597 mulheres foram a óbito em hospitais, deste modo, observou-se que das 918 mulheres, por diversos motivos, cerca de 321 vieram a óbito sem conseguir acesso ao Sistema de Saúde que é oferecido pelo serviço público. Os óbitos de mulheres no período reprodutivo, mesmo quando em número relativamente pequeno são um importante problema de saúde pública, pois a análise dessas mortes permite captar informações que expliquem sua ocorrência e, assim, criar condições que possibilitem identificar sua especificidade e buscar formas de prevenção⁵.

De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade⁶ apresentado na tabela acima e referente aos municípios do estudo, observou-se que os óbitos maternos em sua maioria predominaram entre mulheres de raça/cor parda (65,68%), não menos importantes de observar são os óbitos das mulheres brancas (16,44%). Juntas, essas etnias representam 82,12% dos óbitos maternos registrados. No que diz respeito à faixa etária, a mortalidade de mulheres em

idade fértil foi mais elevada entre aquelas de 40 a 49 anos, com 28,66% dos casos, seguida por 15,47% no grupo de 30 a 39 anos. Apenas 2,39% ocorreram na faixa de 10 a 19 anos.

Para avaliar se existe associação estatisticamente significativa entre raça/cor e óbitos hospitalares, aplicou-se o teste do Qui-quadrado de Pearson. Os resultados não indicaram diferença significativa ($p >$

0,05), sugerindo que a variação observada entre os grupos raciais pode ser atribuída ao acaso, e não a um efeito real da variável raça/cor sobre a ocorrência de óbitos⁸. Dessa forma, a maior representatividade de pardas entre os óbitos reflete principalmente a maior proporção desse grupo na população de estudo, e não necessariamente um risco aumentado de mortalidade hospitalar.

Tabela 1 - Temas abordados nas orientações durante as consultas de pré-natal às puérperas, Santa Maria/RS, 2024.

Variáveis	Nº	%
Faixa etária (anos)		
10–19	22	2,39
20–29	52	5,66
30–39	142	15,47
40–49	263	28,66
Total	918	100,0
Raça/cor*		
Branca	151	16,44
Preta	110	11,98
Amarela	2	0,21
Parda	603	65,68
Indígena	12	1,31
Ignorado (IG)	40	4,35
Total	918	100,0
Óbito em ambiente hospitalar		
Branca	104	17,42
Preta	68	11,39
Amarela	2	0,34
Parda	388	65,00
Indígena	8	1,34
Ignorado (IG)	27	4,51
Total	597	100,0

Fonte: Página Oficial DATASUS (2024)⁶.

Tabela 2 - Caracterização das notificações por Raça/Cor, nos municípios de Eunápolis, Porto Seguro e Teixeira de Freitas no período de 2018 a 2022.

Nº de Notificações por Município					
Categoria Raça/Cor	Eunápolis	Porto Seguro	Teixeira de Freitas	nº	%
Branca	39	53	59	151	16,44
Preta	30	40	40	110	11,98
Amarela	0	1	1	2	0,21
Parda	140	236	227	603	65,68
Indígena	1	11	0	12	1,31
IG	20	11	9	40	4,35
Total de Notificações	230	352	336	918	100,00

Resultados expressos através de MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

DISCUSSÃO

Principais fatores que contribuem para a mortalidade materna na faixa etária entre 10 e 49 anos

No Brasil, de 2018 a 2022, as principais causas de morte de mulheres em idade fértil foram neoplasias e doenças do aparelho circulatório, segundo o sistema de informação de mortalidade de mulheres em idade fértil⁶. Na região nordeste, a situação é semelhante, com as mesmas posições das demais regiões. As faixas etárias entre 40 e 49 anos são consideradas extremas para fecundidade por diversos fatores, biológicos e sociais. Do ponto de vista biológico, a capacidade reprodutiva da mulher começa a declinar significativamente a partir dos 35 anos, devido à diminuição da quantidade e qualidade dos óvulos, bem como a redução dos níveis hormonais, como o estrogênio e a progesterona⁴.

No período de 2018 a 2022, foram realizadas ações de vigilância do óbito na Bahia, que resultaram na tendência de redução da razão de mortalidade materna no estado durante os três primeiros anos da série histórica. Nesse período foi possível observar redução do indicador nos Núcleos Regionais de Saúde (NRS) Centro-Leste, Extremo Sul, Leste, Norte e Sul. Em relação aos anos 2020 e 2021, chamou-se atenção para influência do momento pandêmico, fazendo com que houvesse neste período com tendência a aumento, destacando-se o NRS Oeste⁸.

De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade de mulheres em idade fértil⁷ nos anos de 2018 a 2022 nos Municípios de Eunápolis, Porto Seguro e Teixeira de Freitas ocorreram 918 mortes de Mulheres em Idade Fértil, assim, pode-se analisar os eventos conforme a Raça/Cor, Faixa etária e local onde foram ocasionados os óbitos, conforme tabelas abaixo. Esses achados dialogam com a literatura nacional, que aponta para a representação de mulheres pardas e pretas nos sistemas de saúde em razão de sua maior participação demográfica e maior exposição a vulnerabilidades socioeconômicas e de acesso a serviços³. Ainda que as taxas específicas não diferenciem de forma significativa o risco entre raças/cores, a predominância de pardas nos óbitos merece atenção em termos de políticas públicas, pois reforça desigualdades históricas de saúde e a necessidade de fortalecimento da atenção à saúde da mulher, sobretudo no ciclo gravídico-puerperal.

Além disso, o risco de complicações gestacionais, como abortos espontâneos, partos prematuros e anomalias genéticas, aumenta consideravelmente nessa faixa etária. Socialmente, mulheres nessa faixa etária frequentemente já concluíram o planejamento familiar, o que diminui a intenção de ter filhos.

Portanto, os mesmos autores citados anteriormente, ressaltam que as limitações biológicas quanto os fatores sociais fazem com que a fecundidade seja reduzida nessa fase da vida, tornando-a uma faixa etária considerada extrema para a reprodução⁴.

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), observa-se que, entre os óbitos de mulheres em idade reprodutiva registrados nos municípios do estudo, a maioria pertence à raça/cor parda (65,0%), seguida pela branca (17,42%). Quando consideradas em conjunto, essas duas categorias representam 82,42% do total de óbitos hospitalares, confirmando sua predominância no perfil de mortalidade. Entretanto, ao analisarmos as taxas específicas de óbito hospitalar em relação ao total de mulheres de cada grupo, verifica-se que as proporções são elevadas e relativamente homogêneas: 68,9% entre brancas, 61,8% entre pretas, 64,3% entre pardas e 66,7% entre indígenas, enquanto o grupo amarelo apresenta taxa de 100%, embora este dado seja estatisticamente instável devido ao reduzido número de casos (n=2).

A aplicação do teste do Qui-quadrado de Pearson não indicou associação estatisticamente significativa entre raça/cor e ocorrência de óbito hospitalar ($p > 0,05$), sugerindo que a diferença observada entre os grupos pode ser atribuída à distribuição demográfica da amostra, e não a um risco aumentado específico por cor/raça. Assim, a maior frequência de óbitos entre pardas reflete, sobretudo, a maior representatividade desse grupo populacional no território estudado, e não necessariamente uma vulnerabilidade biológica diferenciada.

Apesar da ausência de significância estatística, os achados não devem ser desconsiderados, pois dialogam com a literatura que evidencia que mulheres pardas e pretas são mais dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, frequentemente, vivenciam condições de maior vulnerabilidade social, o que pode impactar no acesso e na qualidade da assistência⁶. Nesse sentido, embora os dados apontem para uma distribuição proporcional entre os grupos raciais, a concentração dos óbitos em mulheres pardas demanda atenção das políticas públicas, reforçando a importância da equidade racial e da qualificação da atenção à saúde da mulher no Brasil.

O acesso das mulheres de etnia parda ao sistema público de saúde, especialmente durante a idade fértil, reflete questões estruturais e demográficas no Brasil. Essa população representa uma parcela significativa da população feminina no país e, historicamente, está associada a níveis mais baixos de renda

e acesso a recursos privados de saúde⁸. Por conta disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel central na oferta de cuidados médicos para esse grupo, incluindo o acompanhamento pré-natal, o planejamento familiar, e os atendimentos relacionados à saúde sexual e reprodutiva⁹.

Diversos estudos indicam que mulheres pardas, em sua maioria, residem em áreas urbanas e periféricas, onde o SUS é a principal fonte de atendimento^{10,11}. O fato de esse grupo apresentar maior demanda pelos serviços de saúde pública pode estar relacionado à ausência de alternativas, como planos de saúde privados, e também à maior vulnerabilidade a fatores socioeconômicos que afetam diretamente a saúde, como condições de moradia, alimentação e trabalho. Esse maior acesso ao SUS reflete, portanto, a importância do sistema público na garantia de direitos básicos de saúde para mulheres em idade fértil de etnia parda, contribuindo diretamente para a redução de disparidades de saúde e mortalidade de mulheres em idade fértil¹².

Os resultados observados neste estudo são semelhantes aos encontrados por Leal *et al.* (2022)¹³, em pesquisa realizada na Bahia, onde também se verificou predominância de óbitos maternos entre mulheres de raça/cor parda, seguida pelas brancas, configurando um padrão que reflete a composição demográfica e as desigualdades estruturais da região Nordeste. Nesse estudo, as autoras destacam que mulheres pretas e pardas apresentaram não apenas maior frequência de óbitos, mas também maior exposição a fatores de risco relacionados ao acesso tardio aos serviços de saúde e à qualidade da atenção recebida, evidenciando desigualdades raciais no cuidado obstétrico. Esses achados dialogam com os resultados aqui apresentados, uma vez que, embora as taxas específicas de mortalidade hospitalar não indiquem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias de raça/cor, a sobre representação de pardas nos registros de óbito reforça a persistência de desigualdades sociais e de acesso à saúde que afetam diretamente a população feminina em idade reprodutiva no Nordeste¹⁴.

Impacto das disparidades regionais nas políticas públicas e prevenção da mortalidade entre mulheres em idade fértil.

A mortalidade de mulheres em idade fértil é um indicador crucial de saúde pública e reflete diretamente a qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. O enfrentamento dessa questão é particularmente desafiador em regiões com infraestrutura precária e desigualdade social acentuada⁷.

As disparidades regionais e econômicas influen-

ciam diretamente as taxas de mortalidade de mulheres em idade fértil. Mulheres em áreas rurais ou em regiões menos desenvolvidas, como por exemplo os municípios dos estudos pertencentes ao extremo sul da Bahia, enfrentam dificuldades para acessar cuidados de emergência obstétrica, o que muitas vezes resulta em desfechos trágicos em situações que poderiam ser evitadas com intervenções oportunas¹⁴.

A falta de profissionais qualificados, equipamentos adequados e transporte para serviços de saúde especializados também são fatores que contribuem para o aumento das mortes maternas. Esse cenário é agravado pela subnotificação de casos e pela escassez de dados precisos sobre mortalidade materna, dificultando o planejamento e a execução de políticas públicas eficazes¹⁴.

Frente aos resultados apresentados, que demonstram que a distribuição por causa de morte é diferente de acordo com o grupo etário da mulher, faz-se necessário o planejamento das ações de saúde de forma diferenciada para cada grupo. A produção de políticas públicas, para diferentes ciclos de vida, que estimulem o acesso e a adoção de um estilo de vida saudável pode contribuir para a redução de riscos de desenvolvimento de neoplasias, as doenças cerebrovasculares, e as doenças do aparelho circulatório⁸.

O Ministério da Saúde no ano de 2022 ainda acrescenta que embora incentivos financeiros venham sendo destinados para implantar um novo desenho de atenção, organizado em redes nos territórios, voltados para o câncer de colo de útero e de mama, ainda são muitos os desafios para romper a fragmentação do cuidado e avançar para um modelo integral, longitudinal e que contemple o rastreamento, a detecção precoce, o diagnóstico e tratamento oportunos, além de um acompanhamento humanizado e digno para as mulheres².

Nessa faixa etária, o corpo da mulher passa por mudanças naturais relacionadas ao envelhecimento, que podem afetar a capacidade do organismo de lidar com as demandas fisiológicas da gravidez¹.

Os mesmos autores ainda ressaltam que a presença dessas condições aumenta as chances de complicações como pré-eclâmpsia, hemorragias e partos prematuros, que, se não gerenciadas adequadamente, podem resultar em morte materna. Além disso, a capacidade reprodutiva e a reserva ovariana estão reduzidas, o que pode levar a um maior uso de tecnologias de reprodução assistida, elevando ainda mais os riscos durante a gestação¹.

Outro fator relevante é o acesso aos cuidados de saúde adequados para gestantes de 40 a 49 anos, e mesmo que, algumas mulheres nessa faixa etária tenham melhores condições financeiras e acesso a serviços médicos, muitas ainda enfrentam barreiras,

como falta de informação, subestimação dos riscos pelos próprios profissionais de saúde ou a dificuldade de acesso a unidades de saúde especializadas. Esse cenário pode ser agravado em populações vulneráveis, onde a assistência pré-natal é insuficiente ou inexistente. A combinação de idade avançada, comorbidades e dificuldades de acesso a cuidados obstétricos de alta qualidade torna as mulheres dessa faixa etária mais suscetíveis a complicações graves, reforçando a necessidade de um acompanhamento pré-natal rigoroso e personalizado¹⁵.

Políticas e programas no combate à mortalidade materna.

Nos últimos anos, diversas políticas e programas foram implementados com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, especialmente em países em desenvolvimento. No Brasil, iniciativas como a Rede Cegonha e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) têm buscado melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde materna. Esses programas visam garantir o atendimento integral às gestantes, desde o acompanhamento pré-natal até o parto e o puerpério, com a oferta de exames e assistência especializada. Os dados do DATASUS mostram que, em regiões onde esses programas foram fortalecidos, houve uma redução significativa das mortes maternas, destacando a importância de políticas públicas robustas e sustentadas⁸.

Ressalta-se que além das iniciativas de muitos órgãos nacionais, diversos organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) têm influenciado diretamente na formulação de políticas voltadas para a saúde materna. O Brasil tem adotado diretrizes globais como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que incluem a meta de reduzir a razão de mortalidade materna a menos de 70 por 100 mil nascidos vivos até 2030. A integração dessas diretrizes nas políticas locais impulsionou o desenvolvimento de ações coordena-

nadas entre os diferentes níveis de governo e organizações não governamentais, promovendo maior alcance dos programas de saúde reprodutiva¹⁶.

O Ministério da Saúde², no entanto, admite que apesar dos avanços, ainda existem desafios significativos. A desigualdade no acesso aos serviços de saúde continua sendo uma barreira, principalmente em áreas rurais e regiões periféricas, onde a infraestrutura hospitalar é limitada. A falta de profissionais de saúde especializados e a escassez de equipamentos adequados agravam essa situação, resultando em um número elevado de mortes evitáveis. Além disso, as disparidades regionais no Brasil, com o Norte e o Nordeste apresentando índices de mortalidade materna superiores às regiões Sul e Sudeste, evidenciam a necessidade de estratégias mais direcionadas para áreas vulneráveis.

Outro ponto crítico é a mortalidade materna relacionada a gestações em adolescentes, especialmente em grupos de baixa renda e com menor escolaridade. Políticas de educação sexual e acesso a métodos contraceptivos ainda enfrentam resistência cultural e política em algumas regiões, o que impede o pleno alcance dessas ações. O resultado é um ciclo de vulnerabilidade em que adolescentes enfrentam gravidezes de risco sem o acompanhamento médico adequado, elevando as taxas de complicações e óbitos maternos¹⁷.

Ainda acrescentando, os programas e políticas voltados para a redução da mortalidade materna têm mostrado resultados positivos, mas ainda há muito a ser feito. A consolidação de uma rede de assistência integrada e a expansão dos serviços de saúde, especialmente em áreas carentes, são essenciais para garantir o sucesso das iniciativas¹⁸. Além disso, é necessário um enfoque intersetorial, que envolva educação, saneamento básico e combate à violência de gênero, pois somente assim será possível reduzir de forma significativa os índices de mortalidade materna e assegurar o direito à saúde para todas as mulheres¹⁹.

CONCLUSÃO

Analisando os dados apresentados que contribuem para a mortalidade de mulheres em idade fértil na faixa etária de 10 a 49 anos observa-se certa complexidade do tema e a necessidade urgente de ações intersetoriais para mitigar as elevadas taxas de óbitos entre mulheres em idade reprodutiva. Fatores biológicos e sociais, como as limitações reprodutivas em idades mais avançadas e a desigualdade no acesso à saúde, exercem um impacto direto no aumento da mortalidade materna, sobretudo em re-

giões com infraestrutura insuficiente, de modo que, além das causas diretas e indiretas, as disparidades regionais agravam as dificuldades enfrentadas pelas mulheres no acesso a cuidados pré-natais e a atendimentos emergenciais.

No Nordeste do Brasil, por exemplo tem sido prejudicado em termos da disposição dos recursos voltados para a saúde da população em geral, impactando nas mulheres, assim, fatores socioeconômicos e de infraestrutura precária contribuem para

os índices elevados de mortalidade de mulheres em idade fértil. Esse contexto reforça a necessidade de estratégias regionais mais específicas e programas de saúde com recursos e infraestrutura adequados, capazes de atender às necessidades locais. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha um papel crucial, sua capacidade de fornecer atendimento de qualidade para mulheres em idade fértil ainda precisa de fortalecimento, sobretudo para aquelas em situação de vulnerabilidade.

Os programas e políticas implementados, como a Rede Cegonha e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, embora promissores, encontram barreiras na execução integral, especialmente em áreas rurais e periféricas. A fragmentação do cuidado e a escassez de recursos humanos e equipamentos limitam o alcance desses programas, impedindo que muitas mulheres, especialmente de grupos de baixa renda e adolescentes, recebam o atendimento necessário. A meta de redução da mortalidade materna no Brasil, vinculada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), enfrenta desafios operacionais e culturais que precisam ser considerados na formulação de estratégias de longo prazo.

Diante disso, recomenda-se que os gestores do sistema de saúde incorporem medidas operacionais

capazes de fortalecer a atenção obstétrica e neonatal, tais como a ampliação a cobertura e a qualificação do pré-natal, garantindo número adequado de consultas e protocolos padronizados de risco gestacional, investimentos em capacitação continuada das equipes de saúde, especialmente em emergências obstétricas, assegurando resposta rápida e resolutiva nos serviços hospitalares, contribuir com o fortalecimento da vigilância em saúde materna, por meio de comitês de mortalidade mais ativos, com retroalimentação dos dados para os serviços e monitoramento contínuo dos indicadores, implementando estratégias de acolhimento culturalmente sensíveis, que considerem as especificidades de raça/cor, idade e condição socioeconômica, de modo a reduzir desigualdades no acesso e no cuidado.

Portanto, a redução da mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil não depende apenas da manutenção de políticas já existentes, mas de sua efetiva operacionalização com enfoque territorial e intersetorial. Investimentos em qualificação profissional, fortalecimento da rede de atenção obstétrica e vigilância ativa são essenciais para que o país avance em direção ao cumprimento das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), promovendo maior equidade e segurança no cuidado à saúde reprodutiva das mulheres.

Declaração do autor CRediT

Conceituação: Galvão, CF; Baia, AVFV. Metodologia: Nascimento, CS; Albuquerque, ROF. Validação: Portugal, SBL; Pagung, EA. Análise estatística: Portugal, SBL; Pagung, EA. Análise formal: Nascimento, CS; Albuquerque, ROF. Investigação: Galvão, CF; Baia, AVFV. Recursos: Portugal, SBL; Pagung, EA. Curadoria de dados: Portugal, SBL; Pagung, EA. Redação – preparação do rascunho original: Galvão, CF; Baia, AVFV. Redação – revisão e edição: Nascimento, CS; Albuquerque, ROF. Visualização: Galvão, CF; Baia, AVFV. Supervisão: Silva, HPL. Administração do projeto: Galvão, CF; Baia, AVFV.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos à Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis pelo apoio institucional ao desenvolvimento do estudo.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Coelho R, Mrejen M, Remédios CG. Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020. Nota Técnica n. 27. São Paulo: IEPS; 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-27>. Acesso em: 26 set. 2024.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade materna: um desafio para a saúde pública mundial. Colaboradores: Bezerra KKS, Andrade MSPB. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/parto-seguro>. Acesso em: 26 set. 2024.
3. Martin JC. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil: enfoque na evitabilidade das causas [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/CP6YdG3RxTqzXDBmyCRJK9x>. Acesso em: 24 set. 2024.
4. Souza AMG, Andrade FB. Qual cenário da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no Brasil? Mundo Saúde. 2020;44(3):421-32. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/cenario_mortalidade_mulheres_reprodutiva.pdf. Acesso em: 26 set. 2024.
5. Oliveira TJ, Rios MA, Teixeira PN. Mortalidade de mulheres em idade fértil na região de saúde de Guanambi/BA. Mundo Saúde. 2017;41(4):711-9. Disponível em: <https://www.revistamundodasaude.com.br/uploads/20160235.PDF>. Acesso em: 27 set. 2024.
6. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS – TabNet. Óbitos em mulheres em idade fértil e óbitos maternos, 2018-2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/mat10ba.def>. Acesso em: 3 out. 2024.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil. Bol Epidemiol. 2021;52(29). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf. Acesso em: 28 set. 2024.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Vigilância Epidemiológica do Óbito (VEO). Bol Epidemiol. dez. 2023. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/BoletimVEO_No01_-2023-1.pdf. Acesso em: 15 set. 2024.
9. Lessa MSA, Nascimento ER, Coelho EAC, Soares IJ, Rodrigues QP, Santos CAST, et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. Cien Saude Colet. 2022;27(10):3881-90. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/download/3908/3236/28508>. Acesso em: 27 set. 2024.
10. Barbosa IR, Aiquoc KM, Souza TA. Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil. Natal (RN): EDUFRRN; 2021. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/44949/3/Ra%C3%A7aSaude_Barbosa_Aiquoc_Souza_2021.pdf. Acesso em: 26 set. 2024.
11. Silva ERA, Peliano AM, Chaves JV. Cadernos ODS: ODS 5 – Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas. Brasília (DF): Ipea; 2019. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9378/1/Cadernos_ODS_Objeto_5_%20Alcan%C3%A7ar%20a%20Igualdade%20de%20G%C3%A7%C3%A7%C3%A7%20Empoderar%20Todas%20as%20Mulheres%20e%20Meninas.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9378/1/Cadernos_ODS_Objeto_5_%20Alcan%C3%A7ar%20a%20Igualdade%20de%20G%C3%A7%C3%A7%C3%A7%C3%A7%20Empoderar%20Todas%20as%20Mulheres%20e%20Meninas.pdf). Acesso em: 29 set. 2024.
12. Batista NC, Figueiredo HAC. Comissões de heteroidentificação racial para acesso em universidades federais. Cad Pesqui. 2020;50(177):865-81. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/download/3908/3236/28508>. Acesso em: 27 set. 2024.
13. Leal, M. C., Granado, S., Bittencourt, S., Esteves, A. P., & Caetano, K. (2023). Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023. Fiocruz. <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>.
14. Gomes MNA, Santos LKO. Guia de orientação para secretarias estaduais e municipais de saúde: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3476/3080>. Acesso em: 25 set. 2024.
15. Alves NCC, Feitosa KMA, Mendes MES, Caminha MFC. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4):e2017-0042. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3476/3080>. Acesso em: 28 set. 2024.
16. Nogueira SBA, et al. Mortalidade materna no Brasil: uma revisão de literatura. Premissas Iniciação Científica. 2018;4:47-53. doi: 10.22533/at.ed.1141911026. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22533/at.ed.1141911026>. Acesso em: 25 set. 2024.
17. Costa ES, Oliveira RB, Lopes GS. As principais causas de morte materna entre mulheres no Brasil. Rev Eletr Acervo Saude. 2021;13(1):e5826. doi: 10.25248/reas.e5826.2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5826.2021>. Acesso em: 23 set. 2024.
18. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Tendências na mortalidade materna 2000-2020. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/tendencias-na-mortalidade-materna-2000-2020>. Acesso em: 23 set. 2024.
19. Gomes JO, Vieira MCA, Mistura C, Andrade GG, Barbosa KMG, Lira MOSC, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mortalidade materna. Rev Enferm UFPE on line. 2018;12(12):3165-71. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3476/3080>. Acesso em: 24 set. 2024.

Como citar este artigo: Nascimento, C.S., Albuquerque, R.O.F., Baia, A.V.F.V., Galvão, C.F., Pagung, E.A., Silva, H.P.L., Portugal, S.B.L. (2025). Morte de mulheres em idade fértil nos municípios de Eunápolis, Porto Seguro e Teixeira de Freitas – BA, entre os anos de 2018 e 2022. *O Mundo Da Saúde*, 49. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202549e16832024P>. Mundo Saúde. 2025;49:e16832024.