

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO RS:

Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

2025



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



Sistema
Único
de Saúde

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL 2025

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

DISCUSSÃO DE DADOS FECHADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE
MORTALIDADE (SIM) DO ANO DE 2023 E DADOS PRELIMINARES DE 2024

PORTO ALEGRE

2025



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU QUALQUER FIM COMERCIAL

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida. Divisão da Atenção Primária em Saúde.

Boletim Epidemiológico do Estado do Rio Grande do Sul Mortalidade Materna, Infantil e Fetal 2025/Karen Chisini Coutinho Lutz, Paulo Sergio da Silva Mario, Beatriz Antonio Melo, Nathália Daniely Heinz Porto, Andrea Leusin de Carvalho, Carine Teresa Zambonato Ecco (organizadores) - Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2025.

- Atenção Primária à Saúde 2. Mortalidade Materna 3. Mortalidade Infantil 4. Mortalidade Fetal I.Lutz, Karen Chisini (org.) II.Mario, Paulo Sergio Silva (org.) III.Dall' Aqua, Camila Bonalume (org.) IV.Guimarães, Roberta Sofia Wiebling (org.) V.Melo, Beatriz Antonio (org.) VI.Porto, Nathalia Daniely Heinz (org.) VII.Carvalho, Andrea Leusin (org.) VIII.Ecco, Carine Teresa (org.) IX.Diniz, Alexandra de Lima (org.) X. Silva, Anita Ruschel (col.) XI. Cesaro, Bruna (col.) XII. Souza, Cláudio Renato (col.) XIII. Silva, Francynne (col.) XIV. Müller, Guilherme (col.) XV. Vida, Rebeca (col.)

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde

Políticas de Saúde da Mulher e Políticas de Saúde da Criança

Av. Borges de Medeiros, 1501 - 5º andar CEP: 90119-900 - Porto Alegre/RS

E-mail: saudedamulher@saude.rs.gov.br/saude-crianca@saude.rs.gov.br

Site: <https://atencao primaria.rs.gov.br>



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

Secretária de Estado da Saúde

Arita Bergmann

Secretária de Estado da Saúde Adjunta

Ana Lucia Pires Afonso da Costa

Diretora do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde

Marilise Fraga de Souza

Diretora Adjunta do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde

Carolina de Vasconcellos Drügg

Coordenação da Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida

Gisleine Lima da Silva

ELABORAÇÃO

Política de Saúde da Mulher:

Beatriz Antonio Melo

Camila Bonalume Dall' Aqua

Karen Chisini Coutinho Lutz

Nathalia Daniely Heinz Porto

Paulo Sergio da Silva Mario

Roberta Sofia Wiebling Guimarães

Política de Saúde da Criança:

Alexandra de Lima Diniz

Andrea Leusin de Carvalho

Carine Teresa Zambonato Ecco

Colaboradores:

Política de Equidades

Anita Ruschel da Silva

Bruna De Cesaro

Cláudio Renato Souza

Francyne da Silva Silva

Guilherme Müller

Rebecca Vidal



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



SUMÁRIO

MORTALIDADE MATERNA

Apresentação	01
Conceitos básicos	02
Série histórica da mortalidade materna no RS	03
Comparativo da razão de morte materna no RS e Brasil, 2023	04
Descrição de dados, 2023	04
Razão de morte materna por região de saúde	05
Causas básicas de morte materna, 2023	08
Óbitos maternos segundo tipo de causa obstétrica, 2023	09
Consultas de pré-natal	10
Investigação de óbitos maternos	11
Iniquidades sociais e raciais observadas nas razões de mortalidade materna no estado	12
Mortalidade Materna segundo raça/cor e nacionalidade	13
Perfil dos óbitos maternos de mulheres negras	15
Perfil dos óbitos maternos de mulheres migrantes	16
Perfil dos óbitos maternos de mulheres indígenas	17
Análise da Mortalidade Materna no RS 2023	18
Transtornos Hipertensivos na Gestação e Puerpério	21
Perfil das Instituições	24
Dados preliminares	25
Considerações finais	27

MORTALIDADE INFANTIL

Mortalidade Infantil	29
Perfil dos nascidos vivos no RS	30
Nascidos vivos por anos de instrução e idade da mãe	30
Nascidos Vivos por raça/cor da mãe e ano de nascimento	32
Prematuridade e baixo peso ao nascer, recorte raça/cor da mãe	33
Distribuição dos nascimentos raça/cor, por macroregião, RS, 2023	34
Série histórica da Mortalidade Infantil no Rio Grande do Sul	35
Dados da mortalidade infantil, 2023	36
Perfil dos Óbitos Infantis, 2023	41
Mortalidade infantil entre crianças indígenas.	41
Distribuição dos óbitos raça/cor, por macroregião, RS, 2023	42
Análise dos Óbitos infantis - crianças negras segundo capítulo CID-10, RS/2023	44
Comparativo dos dados de mortalidade infantil RS e Brasil, 2023	46
Análise da mortalidade infantil no RS, 2023	48
Óbitos Fetais	50
Mortalidade fetal no Rio Grande do Sul, 2023	51
Investigação do óbito infantil e fetal	52
Dados preliminares de mortalidade infantil, 2024	55
Causas da mortalidade Infantil, 2024 preliminar	57
Considerações Finais	60

Apresentação

Nesta edição do Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do estado do Rio Grande do Sul são apresentados os dados sobre os óbitos maternos, infantis e fetais ocorridos no ano de 2023 e dados preliminares de 2024. Produzido pela SES/RS através do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS), o Boletim objetiva subsidiar a sociedade gaúcha e a tomada de decisões de gestores para o desenvolvimento de ações efetivas para redução destas mazelas que se constituem em um grande desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo.

Apresenta-se uma análise do perfil sociodemográfico das mulheres que evoluíram para óbito, aliada à identificação das principais causas básicas e à caracterização dos serviços de saúde envolvidos, permitindo ampliar a compreensão sobre os fatores que contribuíram para a mortalidade materna. São comparados os índices de letalidade entre os serviços de saúde que integram ou não a rede de atenção ao parto e nascimento, e entre os diferentes níveis de complexidade assistencial. Ainda, ressalta-se a importância do planejamento reprodutivo e a adequada estratificação de risco gestacional como importantes estratégias para a redução de mortalidade materna.

No que se refere à mortalidade infantil é apresentada uma análise detalhada das principais causas de óbito entre crianças menores de um ano, destacando as afecções originadas no período perinatal e as malformações congênitas. Além disso, examina-se o perfil dos óbitos, enfatizando disparidades regionais e grupos populacionais mais vulneráveis, bem como apresenta-se o perfil dos nascidos vivos de 2023 e série histórica de nascimentos, que tem impacto direto no cálculo da taxa de mortalidade infantil.

Os principais pontos tratados no Boletim 2025 são:

- Perfil da Mortalidade Materna no RS em 2023;
- Dados parciais da Mortalidade Materna em 2024;
- Perfil dos estabelecimentos onde ocorrem óbitos maternos;
- Iniquidades sociais e raciais observadas nas razões de mortalidade materna no estado;
- Mortalidade Infantil no RS em 2023;
- Perfil dos Nascidos Vivos no RS;
- Perfil dos óbitos infantis no RS em 2023;
- Principais causas de Mortalidade Infantil e Fetal;
- Investigação do óbito infantil e fetal.

Conceitos básicos

Morte Materna

É a morte de uma pessoa que ocorre **durante a gestação ou até 42 dias após o seu término**, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a provocada por fatores acidentais ou incidentais.

Morte Materna Obstétrica

Direta

Ocorre por **complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério** devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer uma dessas causas.

Indireta

É decorrente 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.

É a resultante de **causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez** e seu manejo. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna.
Ex: acidentes de transporte, suicídio, feminicídio.

Morte Materna Não Obstétrica

Razão de Mortalidade Materna (RMM)

É o principal indicador para **avaliar a qualidade da assistência** às mulheres durante o pré-natal, parto e nascimento.

$$\frac{\text{Nº de óbitos maternos diretos e indiretos}}{\text{Nº de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Série Histórica da Mortalidade Materna

Entre os anos de 2019 e 2024, a mortalidade materna no Rio Grande do Sul (RS) apresentou variações significativas, refletindo tanto os desafios estruturais da saúde pública quanto os impactos de eventos extraordinários, como a pandemia de COVID-19.

A Tabela 1 ilustra a série histórica dos óbitos maternos, dos nascidos vivos (NV) e da razão de mortalidade materna (RMM) do RS entre os anos de 2019 e 2024*.

Tabela 1 - Número de óbitos maternos, nascidos vivos e RMM por 100 mil NV, RS, 2019 - 2024*.

Ano	Nº Óbitos Maternos	Nº Nascidos Vivos	RMM por 100 mil NV
2019	49	134.399	36,46
2020	54	130.469	39,09
2021	114	124.230	91,77
2022	46	120.768	38,09
2023	41	120.766	33,95
2024	52*	111.939*	46,45*

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2024.

*Dados preliminares, sujeito a alteração.

Pode-se observar, também, a redução do número de nascidos vivos no estado ao longo dos anos, o que impacta diretamente no resultado do indicador de RMM.

Em 2023, o RS apresentou a segunda menor RMM do país (Figura 1), ficando abaixo da média do País (55,3/100 mil NV) e aproximando-se da meta proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de reduzir a 30 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023, 2025). O cenário apresentado reforça a importância de vigilância contínua do indicador e a necessidade de estratégias que contribuam para a redução das mortes maternas evitáveis.

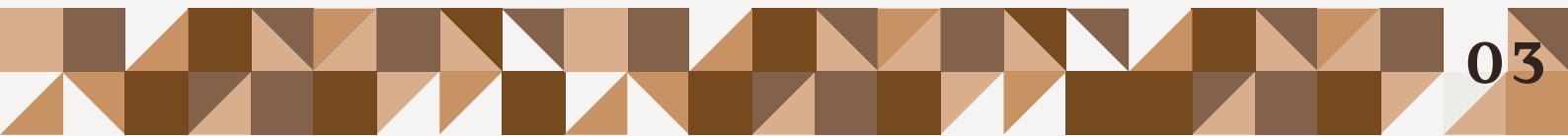
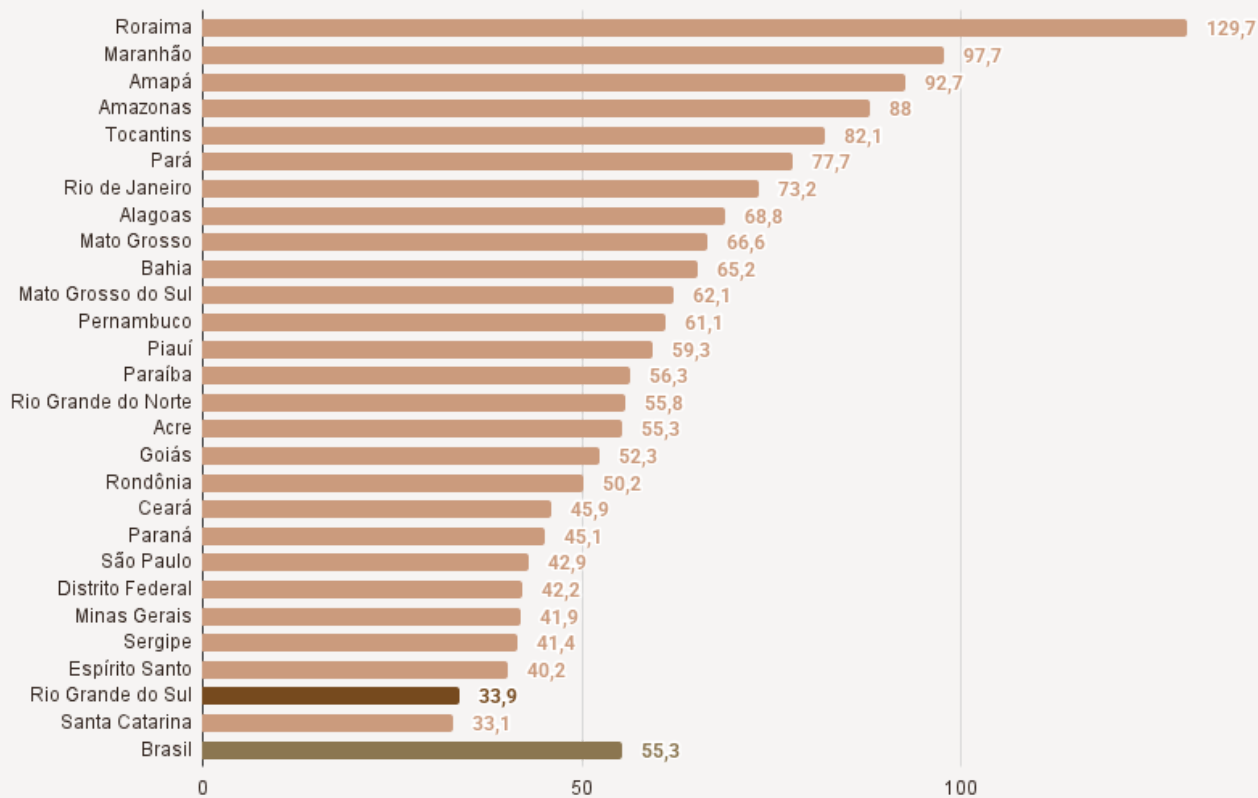


Figura 1 – Razão de Mortalidade Materna, por Unidade da Federação, Brasil, 2023.



Fonte: SIM, 2023.

Em relação ao **perfil dos óbitos maternos** ocorridos no RS, em 2023, a maioria dos óbitos ocorreu entre mulheres na faixa etária entre **20 a 34 anos (43,9%)**, de **raça/cor branca (68,3%)**, com **8 a 11 anos de escolaridade (36,6%)** (ensino médio incompleto) e com histórico de **três ou mais gestações (58,5%)**. Em relação ao desfecho gestacional, a via de nascimento foi a cesariana em 73,2% dos casos (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização dos óbitos maternos segundo faixa etária, raça/cor, escolaridade, paridade, tipo de parto e momento do óbito, RS, 2023.

Faixa Etária (anos)	Nº	%
15 a 19	05	12,2%
20 a 34	18	43,9%
35 a 39	11	26,8%
40 ou mais	07	17,1%
Raça/cor		
Branca	29	70,7%
Preta	04	9,8%
Parda	07	17,1%
Indígena	01	2,4%

Fonte: SIM, 2023.

Tabela 2 - Caracterização dos óbitos maternos segundo faixa etária, raça/cor, escolaridade, paridade, tipo de parto e momento do óbito, RS, 2023.

Escolaridade (anos)	Nº	%
1 a 3	01	2,4%
4 a 7	10	24,4%
8 a 11	15	36,6%
5 a 12 e mais	11	26,8%
Nenhuma	02	4,9%
Ocupação		
Alimentadora de linha de produção	01	2,4%
Apontadora de produção	01	2,4%
Aposentada/pensionista	01	2,4%
Atendente de lanchonete	01	2,4%
Caixa de banco	01	2,4%
Costureira	03	7,3%
Cuidadora de idosos	01	2,4%
Dona de casa	16	39%
Engenheira de produção	01	2,4%
Estudante	02	4,9%
Funcionária pública	01	2,4%
Nutricionista	01	2,4%
Professora	01	2,4%
Recursos humanos	01	2,4%
Vendedora	01	2,4%
Não informado	08	19,5%

Fonte: SIM, 2023.

Tabela 3 - Perfil obstétrico dos óbitos maternos, RS, 2023.

Paridade	Nº	%
Uma	10	24,4%
Duas	07	17,1%
Três	12	29,3%
Quatro	04	9,8%
Cinco	05	12,2%
Seis	02	4,9%
Nove	01	2,4%
Tipo de parto		
Cesáreo	30	73,2%
Vaginal	04	9,8%
Não houve parto	07	17,1%
Momento do óbito		
Puerpério	31	75,6%
Gestação	07	17,1%
Parto	02	4,9%
Após aborto	01	2,4%

Fonte: SIM, 2025.

Quanto ao **perfil obstétrico** (Tabela 3), observou-se, em 2023, uma mudança nas características dos óbitos maternos no estado, com predomínio de óbitos em pessoas com **três ou mais gestações** (58,5%), em contraste com 2022, quando a maioria dos óbitos ocorreu entre primíparas (45,7%) (SES/RS, 2024).

Quanto a **via de nascimento**, **30 (73,2%) foram por cesárea**, 04 (9,8%) foram por via vaginal e em 07 (17,1%) óbitos não houve parto.

Quanto ao **momento da ocorrência**, a maioria dos óbitos maternos em 2023 se deu no **puerpério (75,6%)**, mantendo o cenário já apresentado em 2022.

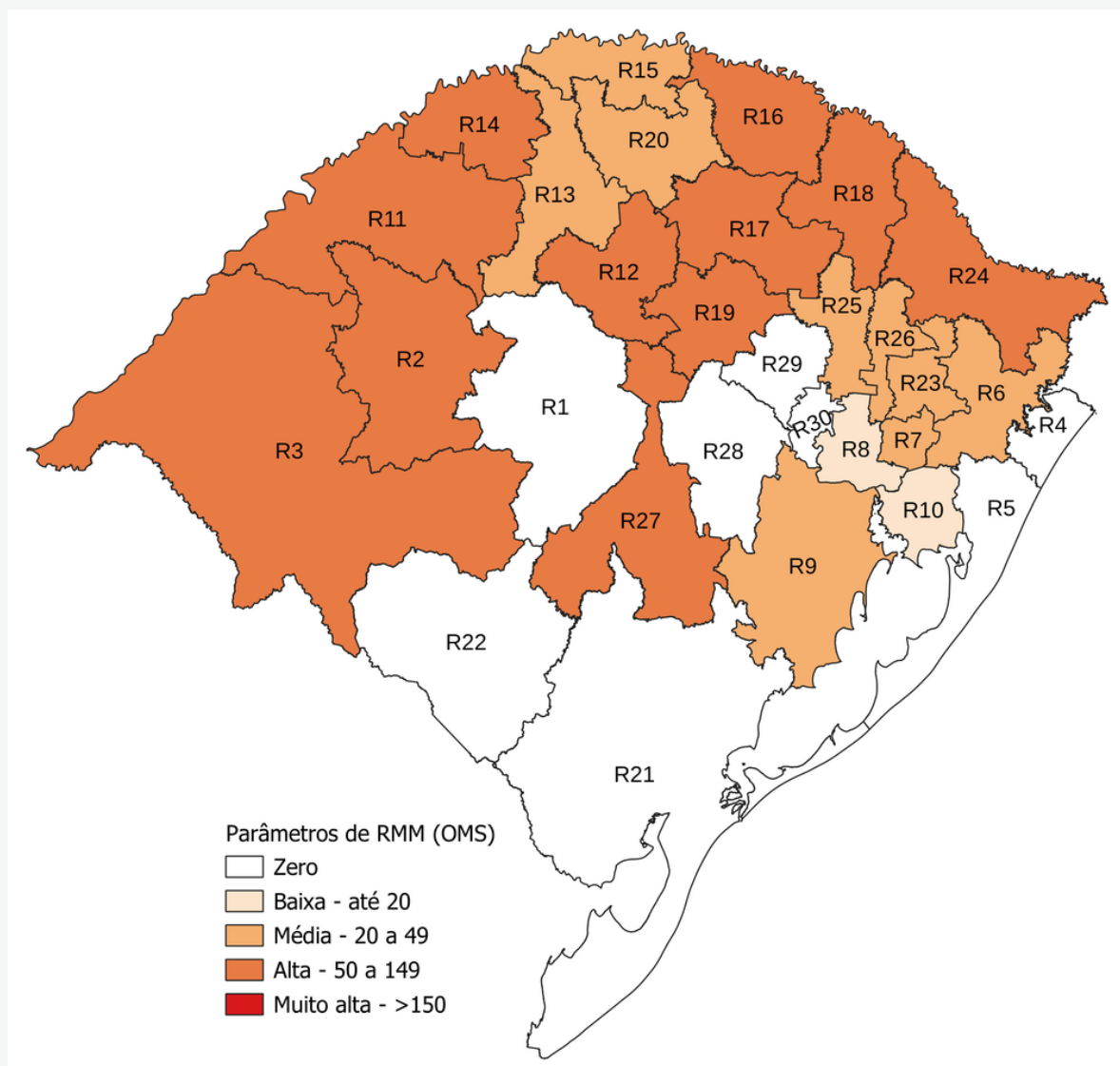
Para melhor compreensão do panorama dos óbitos maternos no RS e da RMM em 2023, apresenta-se, na Figura 2, os dados estratificados por Região de Saúde e na Tabela 4 por Macrorregião de Saúde de residência das mulheres, conforme os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Indicator Metadata Registry Details, [s. d.]).

Das 30 Regiões de Saúde do RS, 11 (36,7%) apresentaram RMM classificada como alta, conforme os parâmetros da OMS; 09 (30%) apresentaram RMM média; e 02 (6,7%) RMM baixa; enquanto 08 regiões (26,6%) — R1, R4, R5, R21, R22, R28, R29 e R30 — não registraram óbitos maternos em 2023, sendo representadas em branco no mapa (Figura 2).

As maiores RMMs foram observadas nas seguintes regiões:

- R3 – Fronteira Oeste (118,67);
- R16 – Alto Uruguai Gaúcho (117,23);
- R14 – Fronteira Noroeste (116,55);
- R27 – Jacuí Centro (99,75);
- R2 – Entre Rios (90,25).

Figura 2 - Razão de Mortalidade Materna por Região de Saúde, conforme os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS), RS, 2023.



Fonte: SIM, 2023.

A Tabela 4 mostra que as macrorregiões de saúde Metropolitana e Norte apresentaram os maiores quantitativos absolutos de óbitos maternos, com 10 ocorrências cada. A macrorregião Missioneira apresentou a maior RMM com 70,37/100 mil NV, seguida da Norte com 66,63/100 mil NV. Conforme os parâmetros da OMS o RS apresentou uma RMM “média” em 2023 (entre 20 e 49). Três das sete macrorregiões de saúde (42,85%) foram classificadas como RMM “alta” (50 a 149), duas como “média”, a Metropolitana como “baixa” (até 20) e a Sul não teve registro de óbito materno em 2023.

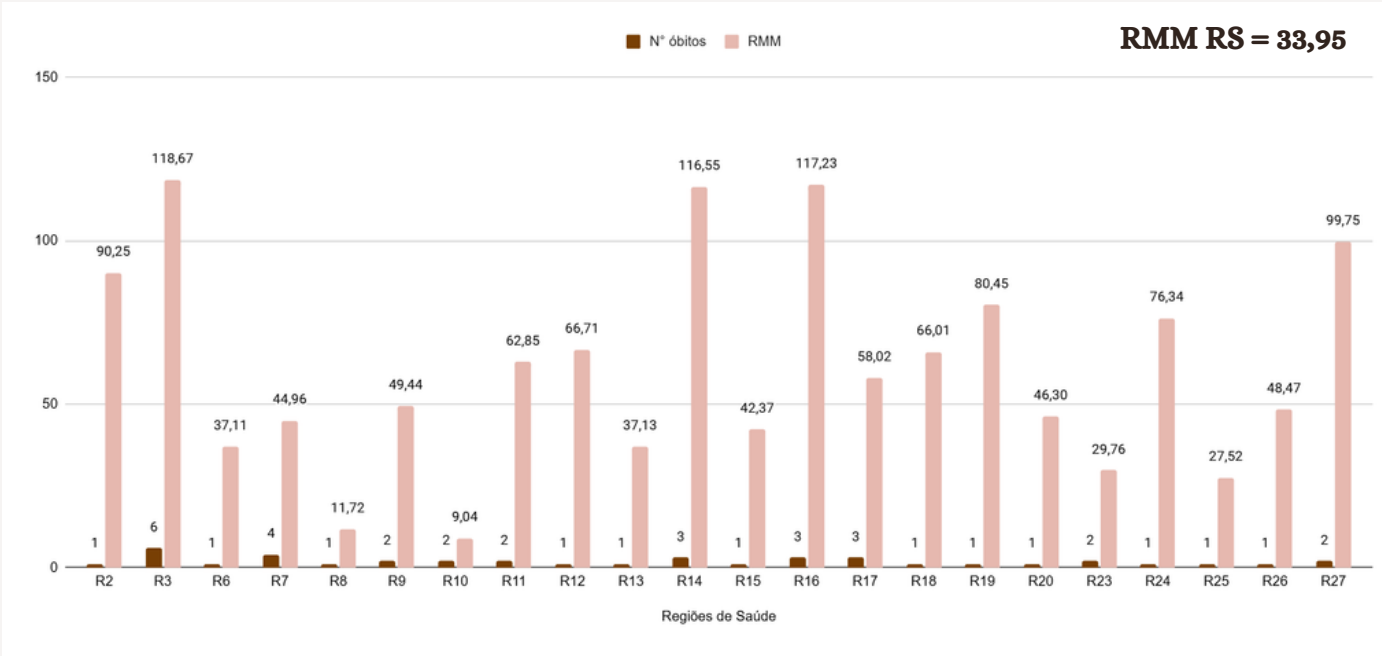
Tabela 4 - Distribuição dos óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna, por Macrorregião de Saúde, conforme os parâmetros da OMS, RS, 2023.

Macrorregião de Saúde	Nº óbitos maternos 2023	RMM/100 mil NV	Parâmetro OMS
Centro-Oeste	07	64,75	Alta
Metropolitana	10	19,57	Baixa
Missioneira	07	70,37	Alta
Norte	10	66,63	Alta
Serra	05	36,42	Média
Sul	00	0	Zero
Vales	02	20,34	Média
RS	41	33,95	Média

Fonte: SIM, 2023.

Conforme a Figura 3, das 22 Regiões de Saúde com registro de óbito materno em 2023, 18 delas (81,2%) apresentaram uma RMM maior do que a estadual. A R3 - Fronteira Oeste registrou o maior número absoluto de óbitos maternos, com 06 ocorrências, correspondendo a 14,6% do total de óbitos maternos no RS em 2023.

Figura 3 - Distribuição do número absoluto de óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna, por Região de Saúde, RS, 2023.



Fonte: SIM, 2023.

Referente às **causas básicas de morte materna** em 2023, o grupo *Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte* foi o mais prevalente, correspondendo a 29,27% dos casos. Entre as categorias, as mais prevalentes foram **Pré-eclâmpsia** e **Outras hemorragias do pós-parto imediato** com 05 ocorrências cada (12,20%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Causas básicas de morte materna, por grupo e categoria da CID-10, RS, 2023.

Causa Básica de Morte Materna	Nº	%
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	12	29,27%
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana/HIV	2	4,88%
Doenças do aparelho circulatório	2	4,88%
Outras doenças virais (COVID-19 e SRAG)	2	4,88%
Tuberculose complicando a gravidez, o parto e o puerpério	1	2,44%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	2,44%
Doenças do aparelho respiratório	1	2,44%
Transtornos mentais e doenças do sistema nervoso	1	2,44%
Outras doenças e afecções especificadas	1	2,44%
Morte obstétrica de causa não especificada	1	2,44%
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	11	26,83%
Pré-eclâmpsia	5	12,20%
Eclâmpsia	4	9,76%
Hipertensão pré-existente não especificada	2	4,88%
Complicações do trabalho de parto e do parto	09	21,95%
Outras hemorragias do pós-parto imediato	5	12,20%
Outras formas de inércia uterina	1	2,44%
Outras hemorragias intraparto	1	2,44%
Hemorragia do terceiro estágio	1	2,44%
Outras complicações de procedimentos ou de cirurgia obstétrica	1	2,44%
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	05	12,20%
Embolia obstétrica por coágulo de sangue	3	7,32%
Infecção puerperal	1	2,44%
Complicações cardíacas devidas à anestesia durante o puerpério	1	2,44%
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	02	4,88%
Transtornos do fígado na gravidez, no parto e no puerpério	2	4,88%
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	01	2,44%
Hemorragia anteparto, não especificada	1	2,44%
Gravidez que termina em aborto	01	2,44%
Aborto espontâneo - incompleto, com outras complicações ou complicações não especificadas	1	2,44%
TOTAL	41	100%

Fonte: SIM, 2023.

Estratificando-se as mortes maternas por **tipo de causa obstétrica**, observou-se maior prevalência de mortes por causas diretas (65,84%), sendo as hemorragias e os transtornos hipertensivos as principais causas, com 09 ocorrências cada. As mortes maternas obstétricas indiretas representaram, em 2023, 31,72% das causas de morte; foram quatro as principais causas com maior número de ocorrências: doenças do aparelho circulatório, hipertensão pré-existente não especificada, COVID-19/Síndrome respiratória aguda grave e HIV. Causas não especificadas correspondem a 2,44% do total, com 01 morte (Tabela 6).

Tabela 6 - Mortes maternas por tipo de causa obstétrica, RS, 2023.

Tipo de Causa Obstétrica	Nº	%
Morte materna obstétrica direta	27	65,84%
Hemorragias	9	21,95%
Transtornos hipertensivos	9	21,95%
Embolias	3	7,30%
Transtornos do fígado	2	4,88%
Complicações de cirurgia obstétrica/anestesia	2	4,88%
Infecções	1	2,44%
Aborto	1	2,44%
Morte materna obstétrica indireta	13	31,72%
Doenças do aparelho circulatório	2	4,88%
Hipertensão pré-existente não especificada	2	4,88%
HIV	2	4,88%
COVID-19	1	2,44%
SRAG	1	2,44%
Tuberculose	1	2,44%
Transtornos mentais e doenças do sistema nervoso	1	2,44%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	2,44%
Doenças do aparelho respiratório	1	2,44%
Outras doenças e afecções	1	2,44%
Morte obstétrica não especificada	01	2,44%
Total mortes maternas	41	100%

Fonte: SIM, 2023.

Em relação ao **local de realização do pré-natal**, 80,5% dos óbitos maternos foram de pessoas que acessaram unidades de saúde do SUS; seguido de 17,1% que realizaram pré-natal em consultórios privados (Tabela 7). Ambos os grupos tiveram acesso a 06 ou mais consultas de pré-natal e os óbitos ocorreram majoritariamente no terceiro trimestre gestacional.

Tabela 7 - Local de realização de consultas de pré-natal e número de consultas, RS, 2023.

Local de realização do pré-natal	Nº	%
Unidades de saúde SUS	33	80,5%
Pré-natal risco habitual - somente na APS*	22	66,7%
Pré-natal de alto risco - APS* + AR**	11	33,3%
Número de consultas/IG parto ou óbito		
1 a 5	10	30,3%
1º trimestre (IG até 13 semanas)	01	
2º trimestre (IG 14 a 26 semanas)	03	
3º trimestre (IG 27 semanas ou mais)	06	
6 ou mais	23	69,7%
2º trimestre (IG 14 a 26 semanas)	02	
3º trimestre (IG 27 semanas ou mais)	21	
Consultório privado/IG parto ou óbito	07	17,1%
Número de consultas		
1 a 5	01	14,3%
2º trimestre (IG 14 a 26 semanas)	01	
6 ou mais	06	85,7%
2º trimestre (IG 14 a 26 semanas)	01	
3º trimestre (IG 27 semanas ou mais)	05	
Não realizou pré-natal/IG parto ou óbito	01	2,4%
3º trimestre (IG 27 semanas ou mais)	01	
TOTAL	41	100%

Fonte: SIM, 2023. *APS = Atenção Primária à Saúde **AR = Alto Risco

Nas consultas realizadas no SUS, **11 (33,3%) gestações foram estratificadas como de alto risco**, já entre os atendimentos em consultórios privados não houve registro desta estratificação.

A investigação dos óbitos maternos é fundamental para a identificação precisa do número de ocorrências, permitindo a correção de inconsistências nos dados, especialmente aquelas decorrentes de preenchimento inadequado das Declarações de Óbito. Além disso, possibilita a avaliação da linha de cuidado materno-paterno-infantil em todos os níveis de atenção — APS, Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGAR), maternidades de risco habitual e alto risco, serviços de urgência e emergência, bem como unidades de apoio diagnóstico e terapêutico —, além de avaliar a qualidade do acesso das gestantes e puérperas à rede assistencial.

A Tabela 8 apresenta a série histórica do percentual de óbitos maternos investigados no RS entre 2019 e 2024.

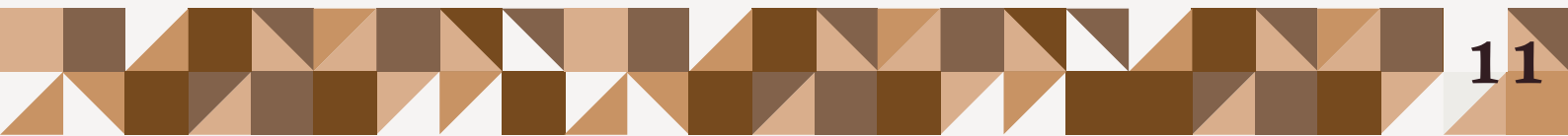


Tabela 8 - Percentual de óbitos maternos investigados, RS, 2019-2024*.

2019	2020	2021	2022	2023	2024*
95,92%	98,15%	94,78%	100%	100%	92,30%

Fonte: SIM, 2024. *Os dados de 2024 ainda são preliminares

Referente aos **desfechos fetais/neonatais** dos 41 óbitos maternos de 2023, houve 07 óbitos fetais (intraútero) (17,1%), 06 natimortos (14,6%) e 28 partos com nascidos vivos (68,3%). De acordo com informações coletadas nas fichas de investigação de óbito materno, **38 mulheres deixaram ao menos um filho vivo**. No somatório do total de filhos que perderam suas mães no período gestacional ou puerperal, são **95 órfãos da mortalidade materna no RS em 2023**.



Iniquidades sociais e raciais observadas na mortalidade materna no estado

A equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e está diretamente relacionada ao conceito de justiça social. Esse princípio reconhece que tratar igualmente pessoas em condições desiguais perpetua as iniquidades – ou seja, desigualdades que são injustas e evitáveis. Assim, a equidade propõe tratar de forma diferenciada os desiguais, com o objetivo de reduzir essas iniquidades e promover a construção da igualdade.

Com o objetivo de fortalecer políticas e ações de saúde voltadas à redução das iniquidades raciais na saúde e na mortalidade materna entre mulheres negras, indígenas e migrantes, a edição de 2025 deste Boletim traz, além da **análise da RMM estratificada por raça/cor**, o perfil dessas mulheres e dos óbitos.

Mortalidade materna segundo raça/cor e nacionalidade

A análise da RMM por 100 mil NV no RS, entre 2013 e 2023, revela desigualdades profundas e persistentes quando os dados são desagregados por raça/cor. As **mulheres brancas** apresentaram, ao longo do período, as menores razões de RMM, com média de 36,57, abaixo da média geral do estado, que foi de 41,67. Em contrapartida, as mulheres negras — soma de pretas e pardas — registraram uma média de 58,78, sempre acima da razão estadual em todos os anos da série analisada (Tabela 9).

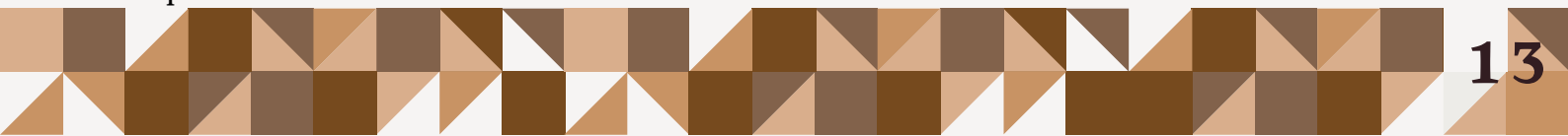
Tabela 9 - Razão de Mortalidade Materna por 100 mil NV, estratificada por raça/cor, RS, 2013-2023.

Ano	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	RS
2013	28,50	60,15	0,00	30,81	0,00	31,13
2014	36,20	80,90	0,00	30,96	139,86	41,17
2015	26,86	100,04	0,00	43,83	145,56	35,72
2016	29,07	134,27	0,00	45,40	0,00	38,89
2017	29,86	112,27	0,00	45,41	0,00	38,85
2018	29,74	80,66	775,19	48,22	142,45	36,42
2019	37,71	39,68	0,00	20,32	0,00	36,41
2020	37,43	48,96	0,00	53,11	0,00	41,30
2021	90,06	111,47	0,00	83,66	125,94	90,80
2022	33,64	96,90	617,28	26,21	0,00	38,03
2023	30,75	43,08	564,97	36,88	116,28	33,95
Total	36,57	82,42	165,75	42,56	61,21	41,67

Fonte: SIM; SINASC, 2023.

Ao considerar a desagregação das mulheres negras, verifica-se que as **mulheres pretas foram as que apresentaram os maiores índices de mortalidade materna**, com **média de 82,42 óbitos maternos/100 mil NV**, superior a das brancas e acima da média estadual em todos os anos. As mulheres pardas, embora com uma média mais próxima da estadual (42,56), também apresentaram RMM acima da média do estado em todos os anos, exceto em 2019. A razão entre a RMM de mulheres pretas e brancas foi, em média de, 2,25 no período, indicando que, mulheres pretas morreram 2,25 vezes mais por causas maternas do que mulheres brancas.

Essa razão chegou a picos elevados como 4,62 (2016) e 3,72 (2015). Essa diferença sistemática demonstra a persistência da sobremortalidade materna entre mulheres negras, e reforça a importância da análise desagregada por raça/cor e entre as mulheres negras para evidenciar as desvantagens por “gradiente”, isto é, quanto mais escura a cor da pele e os traços fenotípicos mais marcados, piores são os desfechos de acesso ao cuidado e a qualidade do atendimento recebido.



No caso das **mulheres indígenas**, a situação é igualmente preocupante. Embora os dados apresentem variações importantes e, em alguns anos, apareçam como zero, essa inconsistência pode estar relacionada à subnotificação e à limitação das condições de acesso aos cuidados de saúde, especialmente em áreas rurais, remotas e de difícil acesso, onde se concentram grande parte das comunidades indígenas. Nos anos em que há registros disponíveis (2014, 2015, 2018, 2021 e 2023), as taxas são extremamente elevadas. A média da RMM entre indígenas no período foi de 61,21, também superior à média estadual em todos os anos com dados registrados. Isso evidencia a vulnerabilidade desse grupo, que pode estar sendo agravada por barreiras territoriais, étnico-raciais, culturais e institucionais de acesso aos serviços de saúde.

As **mulheres amarelas**, por sua vez, apresentam valores atípicos em alguns anos — como 775,19 em 2018, 617,28 em 2022 e 564,97 em 2023 — mas tais valores devem ser interpretados com cautela, devido ao pequeno número de nascimentos nesse grupo no estado, o que torna a taxa extremamente sensível a variações pontuais, limitando as análises.

Entre 2020 e 2023, foram registrados 10 óbitos maternos entre **mulheres migrantes** internacionais, resultando em RMMs anuais de 80,80 (2020), 115,83 (2021), 78,83 (2022) e 215,67 (2023) (Tabela 10). Este último valor é alarmante, sendo mais de seis vezes superior à RMM geral do estado no mesmo ano (33,89). A média do período para mulheres migrantes (122,78/100 mil NV) é quase três vezes superior à média estadual (41,67).

Tabela 10 - Número de óbitos maternos, nascidos vivos e RMM por 100 mil NV de mulheres migrantes, RS, 2020 – 2023.

Ano	Nº óbitos maternos	Nº nascidos vivos	RMM/100 mil
2020	2	2.475	80,80
2021	3	2.590	115,83
2022	2	2.537	78,83
2023	3	1.391	215,67

Fonte: SIM; SINASC, 2023.

Em todos os anos da série analisada (Tabelas 9 e 10), as RMM de mulheres negras, indígenas e migrantes superaram a taxa média do estado, evidenciando a sobremortalidade dessas mulheres e uma estrutura de iniquidade persistente. A mortalidade materna é, portanto, um indicador sensível das iniquidades (desigualdades evitáveis) raciais e sociais, e sua análise interseccional — considerando raça/cor, gênero, classe social, nacionalidade e entre outros marcadores — é fundamental para o direcionamento de políticas públicas. Tais políticas devem reconhecer as especificidades das populações mais vulnerabilizadas, especialmente em contextos de vulnerabilidade social, barreiras linguísticas e desconhecimento dos direitos, e enfrentar o racismo e a xenofobia (em todas as suas dimensões) como determinação social da saúde, promovendo a equidade no cuidado materno, atenção sexual e reprodutiva, com ênfase na atenção qualificada, humanizada, antirracista e culturalmente sensível.

Perfil dos óbitos maternos de mulheres negras

Em 2023, o RS registrou **11 óbitos maternos entre mulheres negras** (36,36% pretas e 63,63% pardas). A maioria dessas mulheres eram jovens, entre 20 e 30 anos (72,7%), com baixa escolaridade — mais da metade tinha o ensino fundamental incompleto, e uma delas sequer possuía instrução formal. A condição socioeconômica também é marcante: 72,7% eram donas de casa, e duas mulheres migrantes, vindas do Haiti e da Venezuela, estavam entre os casos.

Em relação aos aspectos obstétricos, todas as gestações foram únicas e os partos, todos cesáreos. A média foi de três gestações por mulher, com idades gestacionais entre 26 e 39 semanas. A maioria dos bebês nasceu com vida (81,8%), mas 72,7% dos óbitos maternos ocorreram no puerpério, período em que os riscos permanecem altos.

As comorbidades foram recorrentes — hipertensão, pré-eclâmpsia, obesidade, HIV/AIDS, uso de drogas e transtornos mentais — e frequentemente combinadas. As principais causas de morte foram condições evitáveis, como síndromes hipertensivas da gestação (45,5%), além de infecções e doenças crônicas.

Embora 81,8% tenham iniciado o pré-natal no primeiro trimestre, apenas 45,5% foram acompanhadas em AGAR e menos de 30% tinham registro de vínculo com o pré-natal de risco. Apenas duas tiveram acesso regulado via sistema Gercon.

Geograficamente, os óbitos ocorreram em diferentes macrorregiões do estado, como Metropolitana, Missioneira, Centro-Oeste e Norte, apenas um município apresentou mais de um caso registrado. Esses dados revelam um padrão preocupante: mulheres negras enfrentam múltiplas vulnerabilidades, além de falhas graves na linha de cuidado materno, tanto no pré-natal quanto no puerpério.

Perfil dos óbitos maternos de mulheres migrantes

As ocorrências de mortalidade materna registradas no estado em 2023 revelam aspectos importantes sobre a persistência de **desigualdades sociais e estruturais** que afetam o acesso, a qualidade e a integralidade do cuidado às gestantes. Foram analisados **03 óbitos de mulheres migrantes**, com idades entre 16 e 33 anos, sendo uma adolescente de 16 anos e duas mulheres adultas jovens. Duas das mulheres se autodeclaram como pretas/pardas e todas eram estrangeiras — naturais do Haiti, da Venezuela e do Uruguai — o que evidencia a intersecção entre raça/cor, nacionalidade e vulnerabilidade social.

A baixa escolaridade também se faz presente: apenas uma possuía entre 8 e 11 anos de estudo; outra, entre 4 e 7 anos; e uma teve essa informação ignorada. Em relação à ocupação, predominam situações de dependência econômica, com destaque para a condição de donas de casa.

Quanto às características obstétricas, os óbitos distribuíram-se ao longo do ciclo gravídico-puerperal: dois ocorreram no puerpério e um durante a gestação. A cesariana foi a via de parto das mulheres que foram à óbito no puerpério. As causas básicas dos óbitos foram infecção puerperal, parada respiratória relacionada ao HIV e eclâmpsia, indicando a presença de comorbidades relevantes, como coinfeção por HIV e hipertensão gestacional.

A análise do acompanhamento pré-natal reforça a fragilidade da atenção primária na detecção precoce de riscos. O número de consultas variou de 02 a 06, e apenas uma das mulheres teve captação precoce da gestação. Apesar de uma delas ter sido encaminhada para o pré-natal de alto risco, o acesso ao ambulatório não ocorreu. Ainda, não foram registrados encaminhamentos ou acessos pelo sistema de regulação estadual (Gercon), o que evidencia falhas na organização do cuidado e na articulação entre os diferentes pontos da rede.

A ocorrência de óbitos em domicílio, bem como a ausência de vínculo efetivo com os serviços, reforça a importância de estratégias de vigilância ativa, acompanhamento territorial e fortalecimento da equidade no cuidado obstétrico. Os dados apontam para a necessidade de ações específicas voltadas às mulheres migrantes, negras, pardas e em contextos de maior vulnerabilidade, com foco na qualificação da atenção pré-natal, ampliação do acesso e articulação efetiva da rede de atenção à saúde.

Acesse os Planos de Parto traduzidos em:

<https://atencaoprimaria.rs.gov.br/saude-da-mulher>

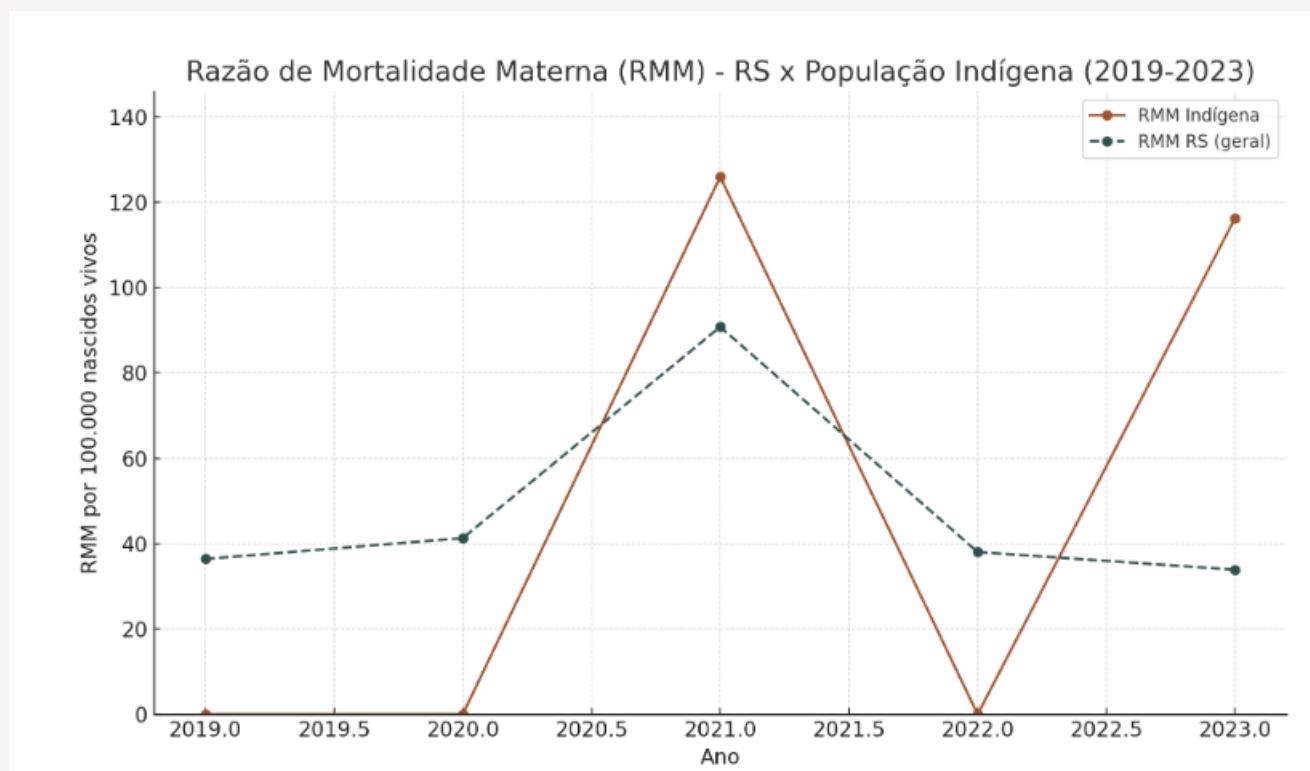
Perfil dos óbitos maternos de mulheres indígenas

De 2019 a 2023, foram registrados dois óbitos maternos de mulheres indígenas no estado do RS, um em 2021 e outro em 2023. Não houve registros de óbitos maternos nos anos de 2019, 2020 e 2022. Embora os números sejam baixos em termos absolutos, eles resultam em uma elevada RMM quando comparados ao número de nascidos vivos da população indígena. Em 2021, a RMM indígena foi de 125,94/100 mil NV, e em 2023, de 116,28, ambas significativamente superior à média estadual nos respectivos anos (90,80 e 33,89/100 mil NV).

O RS conta com 36.096 indígenas autodeclarados (IBGE, 2022), sendo que cerca de 26 mil vivem em aldeias e acampamentos, distribuídos entre as etnias Kaingang, Guarani, Charrua e Xokleng. A paciente apresentava histórico de comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e tuberculose previamente tratada, e a causa do óbito foi insuficiência respiratória não especificada.

A **média da RMM da população indígena no período de 2019 a 2023 foi de 61,21**, também acima da média estadual, que foi de 41,67 nesse mesmo intervalo. Esses dados evidenciam uma desproporção que destaca a urgência de uma atenção à saúde materna indígena, com um olhar sensível às particularidades socioculturais, territoriais e estruturais que impactam esse grupo (Figura 4).

Figura 4 - Razão de Mortalidade Materna na população indígena, RS, 2019 – 2023.



Fonte: SIM; SINASC, 2023.

Análise da Mortalidade Materna no RS 2023

A RMM no estado do RS em 2023 foi de **33,95 óbitos maternos/100 mil NV**, a segunda menor do Brasil no ano e abaixo da média nacional de 55,3/100 mil NV. Ao analisar a RMM estratificada por raça/cor, observa-se que as mulheres negras (pretas e pardas) foram proporcionalmente, as que mais morreram durante o período gravídico puerperal. Em relação às migrantes, houve 03 óbitos maternos no estado, de mulheres oriundas do Haiti, Uruguai e Venezuela.

De acordo com dados do SINASC (2024), a **taxa nacional de cesárea em 2023 foi de 59,6%**, enquanto que **no RS foi de 65,6%**, ocupando a 7ª posição entre todas as Unidades da Federação. Considerando as características da população brasileira, que apresenta entre outros fatores um elevado número de operações cesarianas anteriores, a taxa de referência ajustada gerada pela OMS estaria em torno de 25 a 30% ([BRASIL, 2016](#)). Entre os 41 óbitos maternos, em **30 (73,2%) casos o tipo de parto foi cesáreo** e dessas, 20 (66,7%) já tinham pelo menos um procedimento anterior: 11 (36,7%) tinham uma cesárea prévia, 08 (26,7%) tinham duas cesáreas prévias e 01 (3,3%) tinha três cesáreas prévias. Destaca-se dois casos preocupantes: uma mulher com 04 cesáreas prévias com óbito durante a 5ª gestação e outra com 07 cesáreas prévias com óbito após a 9ª gestação.

As principais **causas diretas de mortalidade materna** foram **hemorragia e transtornos hipertensivos** com 09 ocorrências cada. Dos 09 óbitos maternos por hemorragia, todos ocorreram no puerpério. Já entre os 09 óbitos por transtornos hipertensivos, 01 ocorreu durante a gestação, 01 durante o parto e 07 no puerpério. Somados os óbitos por hemorragia e transtornos hipertensivos correspondem a **44%** dos óbitos maternos do RS em 2023.

Entre os óbitos por hemorragia (09), 02 gestantes realizaram pré-natal na APS e em AGAR, uma por gestação múltipla e anemia e a outra por acretismo placentário, 03 realizaram pré-natal privado (02 com acretismo placentário) e 04 somente na APS. Entre os óbitos por pré-eclâmpsia/eclâmpsia (09), 04 gestantes realizaram pré-natal na APS e em AGAR, sendo 03 encaminhamentos por hipertensão de difícil manejo associada a outros fatores como obesidade mórbida e depressão e 01 por diabetes mellitus tipo I, anemia, obesidade e alteração de função renal. Cabe salientar que, em ambos os casos de obesidade, as mulheres estavam há três anos aguardando para realizar cirurgia bariátrica.

Entre as **causas indiretas de mortalidade materna**, três registraram 02 ocorrências cada: **doenças do aparelho circulatório** (hipertensão arterial pulmonar e arritmia cardíaca), **hipertensão pré-existente** e **HIV**. Nos 02 casos de hipertensão pré-existente os óbitos ocorreram durante a gestação (entre 26 e 28 semanas), ambas com histórico de pré-eclâmpsia em gestações anteriores, níveis pressóricos de difícil controle e tabagismo. Somente uma foi encaminhada para o pré-natal de alto risco, mas não chegou a acessar o serviço pois o óbito ocorreu três dias após o cadastro da solicitação.

A mudança no perfil da mortalidade materna no RS, principalmente no que diz respeito ao número de gestações chama atenção para a temática do **planejamento reprodutivo e acesso a métodos contraceptivos**. De acordo com dados da pesquisa Nacer no Brasil, **cerca de 55% das gestações não são planejadas no Brasil**. O estudo mostra que 25,5% das entrevistadas preferiam esperar mais tempo para gestar e 29,9% não desejavam engravidar em nenhum momento da vida.

Em 2023, **24 óbitos maternos ocorreram entre mulheres com 03 ou mais gestações (58,5%)** e, em sua maioria, com comorbidades e fatores de risco prévios à gestação como: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial crônica, histórico de pré-eclâmpsia, tromboembolismo pulmonar, trombose venosa profunda, hidrocefalia, obesidade, duas ou mais cesáreas e uso de substâncias psicoativas. Em dois casos as mulheres já haviam manifestado desejo de realizar laqueadura tubária e aguardavam atendimento eletivo.

Em algumas situações, determinadas condições de saúde podem colocar em risco a vida da gestante e do feto, sendo consideradas contraindicações absolutas ou relativas para a gravidez. Entre os óbitos maternos de 2023, algumas mulheres tinham diagnóstico de doenças crônicas em que as alterações fisiológicas da gestação somadas aos sintomas das comorbidades poderiam descompensar o quadro ou a gestação exigiria a interrupção do tratamento, como hipertensão pulmonar, doença autoimune (esclerodermia), escoliose grave com deformidade torácica e transtornos alimentares (anorexia e bulimia). Nestes casos o uso de métodos contraceptivos seguros é fundamental para proteger a saúde da mulher. Além da disponibilização dos preservativos e contraceptivos orais e injetáveis, é importante orientar a população feminina sobre a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) e a realização de laqueadura tubária.

O Ministério da Saúde recomenda um número mínimo de sete consultas de pré-natal (intercaladas entre profissionais médicos e enfermeiros), com início precoce (até a 12ª semana gestacional) (BRASIL, 2024). Foram realizadas, **em média, 08 consultas de pré-natal** dentre os 41 óbitos maternos. Somente uma mulher não realizou pré-natal.

A **estratificação de risco gestacional** é fundamental para identificar gestantes com maior probabilidade de desenvolver complicações durante a gestação, parto ou puerpério, além de direcionar o cuidado de acordo com as necessidades de saúde e garantir o melhor desfecho materno e fetal. Deve ser realizada em todas as consultas de pré-natal e registrada no prontuário eletrônico e na Caderneta da Gestante. O **Guia do Pré-natal e Puerpério na Atenção Primária à Saúde** (2024), produzido e distribuído pelo estado do RS, aborda a estratificação de risco gestacional em capítulo específico, onde é possível identificar o estrato (Pré-natal de risco habitual na APS, Pré-natal de alto risco tipo I ou tipo II) de acordo com os fatores de risco identificados, além de elencar as orientações para a APS de como proceder em cada caso.

Das 33 gestantes que realizaram pré-natal no SUS, **11 (31,2%) foram estratificadas como de alto risco** e encaminhadas para atendimento especializado. Dessas, 09 foram encaminhadas, via regulação ambulatorial, para suas respectivas referências de AGAR pactuadas na Resolução CIB nº 050/22 e suas atualizações, sendo que 07 realizaram consultas de pré-natal nos AGAR e 02, mesmo com suas consultas agendadas no sistema, foram atendidas em ambulatórios municipais. As outras 02 gestantes não foram encaminhadas às referências de alto risco, sendo 01 acompanhada em serviço municipal (por gestação múltipla e anemia) e 01 em instituição hospitalar que não é referência para o alto risco (por pré-eclâmpsia).

Das 07 gestantes que realizaram pré-natal em consultórios privados, 05 tinham fatores de risco com indicação de encaminhamento para pré-natal de alto risco, porém não há registro de tais encaminhamentos. Essas gestantes tinham condições como: idade materna > 40 anos, diabetes gestacional e alterações placentárias identificadas (placenta prévia e acretismo).

Referente às causas de mortalidade materna no RS, historicamente, as hemorragias e os transtornos hipertensivos se alternam como o principal motivo dos óbitos. Nesta edição do Boletim de Mortalidade será abordada a temática dos Transtornos hipertensivos (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), visto que a versão anterior teve como tema as hemorragias.

Transtornos Hipertensivos na Gestação e Puerpério

As síndromes hipertensivas durante a gestação, especialmente a **pré-eclâmpsia** (PE) e a **eclâmpsia**, têm impacto direto nos resultados obstétricos e perinatais graves. Como resultado, é a primeira causa de mortalidade materna no Brasil e a terceira no mundo, além de ser a principal causa de parto prematuro iatrogênico, representando um grave problema de saúde pública (SES, 2024).

Existem diversas classificações envolvendo as síndromes hipertensivas na gestação. Assim, é importante destacar e diferenciar determinados conceitos (Figura 5).

Figura 5 - Diagnóstico e classificação das Síndromes Hipertensivas da gestação.

Elevação Pressórica na Gestação	Ocorrência de pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg, verificadas em duas ocasiões diferentes e com intervalo mínimo de 4 horas e máximo de 7 dias.
Hipertensão Arterial Crônica	Hipertensão prévia ou diagnosticada antes de 20 semanas de gestação, sem manifestação de sinais e sintomas relacionados à pré-eclâmpsia , sem lesões em órgãos-alvo e ausência de proteinúria.
Hipertensão Gestacional	Hipertensão diagnosticada após 20 semanas de gestação ou que persiste até 12 semanas pós-parto, sem proteinúria e sem lesão de órgão alvo .
Pré-eclâmpsia	Hipertensão diagnosticada após 20 semanas de gestação com proteinúria e/ou lesão de órgão alvo .
Pré-eclâmpsia Sobreposta à HAS	Hipertensão crônica com o aparecimento de proteinúria e/ou lesão de órgão alvo após 20 semanas de gestação . ¹
Eclâmpsia	Convulsão associada à hipertensão ou pré-eclâmpsia.
Síndrome HELLP	Hemólise + elevação enzimas hepáticas + plaquetopenia.

¹ gestantes que apresentarem elevações nos valores tensionais, ganho de peso acima de um Kg por semana, edema em mãos e face ou sintomas como cefaleia persistente, escotomas visuais e/ou epigastralgia deverão realizar exames para afastar pré-eclâmpsia em emergência obstétrica.

Fonte: Guia do pré-natal, adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023)

A **hipertensão arterial crônica**, por ser uma doença prévia à gestação, exige que os profissionais que realizam pré-natal orientem as gestantes sobre a correta utilização das medicações antihipertensivas, controle da pressão arterial, hábitos alimentares, atividade física, ganho de peso e sinais de alerta (cefaléia intensa ou persistente, alterações visuais, falta de ar, dor epigástrica) (BRASIL, 2022). Também é imprescindível conhecer o histórico obstétrico da mulher e identificar a ocorrência de pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou síndrome de HELLP em gestações anteriores.

Transtornos Hipertensivos na Gestação e Puerpério

Durante as consultas de pré-natal é fundamental identificar a existência de fatores de risco para o desenvolvimento da **pré-eclâmpsia**. Apesar de sua etiologia ser desconhecida, mulheres com obesidade ou índice de massa corporal elevado ($\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$), hipertensão arterial crônica, diabetes pré-gestacional e lúpus eritematoso sistêmico apresentam maior risco para o desenvolvimento da doença (KORKES et al., 2025).

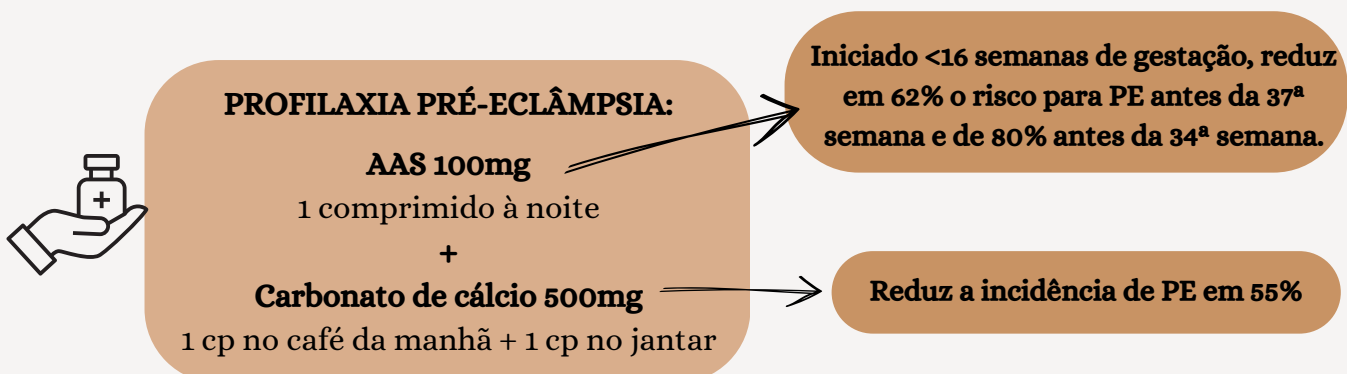
De acordo com dados do SIM, entre os anos de 2019 a 2023, 40 óbitos maternos (13,2%) tiveram como causa básica pré-eclâmpsia ou eclâmpsia no estado (Tabela 11).

Tabela 11 - Série histórica de óbitos maternos por pré-eclâmpsia e eclâmpsia, RS, 2019-2023.

Causa	2019	2020	2021	2022	2023	Total
PRÉ-ECLÂMPسيا	5	5	6	3	5	24
ECLÂMPسيا	2	2	3	5	4	16
TOTAL	7	7	9	8	9	40
% do total de óbitos/ano	14,3%	13%	7,9%	17,4%	22%	13,2%

Fonte: SIM, 2023.

A pré-eclâmpsia (PE) pode estar acompanhada ou não de **sinais de gravidade**. Em ambas situações a gestante deve ser internada para realizar uma avaliação mais detalhada, a fim de confirmar a ausência de sinais/sintomas ou alterações de exames laboratoriais que indiquem gravidade ou, nos casos em que já esteja diagnosticada a PE com gravidade, para acompanhamento e redução de danos (BRASIL, 2022). A identificação precoce dos fatores de risco para desenvolvimento da PE permite que seja iniciada a **profilaxia medicamentosa** com Ácido Acetilsalicílico (AAS). Em relação ao Carbonato de Cálcio, o uso é recomendado para todas as gestantes como suplementação.



Transtornos Hipertensivos na Gestação e Puerpério

O **sulfato de magnésio** ($MgSO_4$) é o anticonvulsivante de escolha a ser ministrado quando há risco de convulsão, situação inerente aos quadros de PE com sinais de deterioração clínica e/ou laboratorial, iminência de eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP e hipertensão de difícil controle. O reconhecimento precoce e o tratamento oportuno com $MgSO_4$ **reduz em 57% o risco da ocorrência de eclâmpsia** e diminui o risco de morte materna, não sendo prejudicial para o feto, podendo ser realizada em qualquer ambiente assistencial, incluindo a APS, até que seja efetivado transporte para a emergência obstétrica (Guia do Pré-natal e Puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS), 2024)

Eclâmpsia é a ocorrência de convulsões tônico-clônicas generalizadas, de coma ou de ambas, durante a gravidez ou o puerpério, em gestantes com PE, que não estão relacionadas com outras doenças do sistema nervoso central. É uma das manifestações clínicas mais graves do espectro da PE, sendo uma causa frequente de morbidade e mortalidade materna. A maioria dos quadros de eclâmpsia ocorre antes do parto. No pós-parto, o risco maior é dentro de uma semana (BRASIL, 2022).

A via de nascimento em casos de transtornos hipertensivos vai depender de gravidade e outras indicações obstétricas. De acordo com o risco materno-fetal, é necessário o desfecho gestacional antes das 41 semanas, com possibilidade de indução do parto conforme avaliação obstétrica. A cesariana é indicada a depender da instabilidade materna ou fetal, quando é necessário um desfecho imediato.

Mulheres com transtornos hipertensivos na gestação devem continuar sendo monitoradas no **puerpério** imediato, em especial as que tiveram diagnóstico de PE, pois pode ocorrer piora dos níveis pressóricos do 3º ao 6º dia após o parto, secundária à redistribuição líquida. São recomendados alguns cuidados essenciais, como: monitoramento da pressão arterial, manutenção de antihipertensivos, recomendação de método contraceptivo eficaz e seguro para uso em hipertensas, entre outras (KORKES et al., 2025; BRASIL, 2022)

Dos 09 óbitos maternos por PE ou eclâmpsia no RS em 2023, 07 ocorreram no **puerpério**, em média, no **5º dia após o parto**. Em 06 casos havia pelo menos 01 fator de risco alto e/ou 02 fatores de risco moderado para desenvolvimento de PE e que indicavam a necessidade de profilaxia com AAS e Carbonato de cálcio, porém, em **nenhuma** das investigações de óbito materno foi encontrada a prescrição e utilização das medicações. Quanto à utilização de $MgSO_4$, foi encontrado registro da administração da medicação somente em 02 casos.

Nos 02 óbitos durante a gestação, por hipertensão pré-existente, ambas apresentavam pelo menos três fatores de risco que indicavam a necessidade de profilaxia para PE, sem registro de prescrição e utilização, e não acessaram o PNAR.

Perfil das instituições

Nesta edição do Boletim foi traçado o perfil das instituições de saúde onde os óbitos ocorreram no ano de 2023. Dos 41 óbitos maternos de 2023, 06 (14,6%) não ocorreram em instituições hospitalares (Tabela 12).

Tabela 12 - Local de ocorrência dos óbitos maternos, RS, 2023.

Local do óbito materno	Nº	%
Hospital	35	85,4%
Unidade de Pronto Atendimento	02	4,9%
Domicílio	04	9,7%
TOTAL	41	100%

Fonte: SIM, 2023.

A Tabela 13 mostra a distribuição dos óbitos maternos segundo o nível de referência hospitalar para partos (risco habitual ou alto risco) em que ocorreram óbitos maternos em 2023. Em 07 casos o local do óbito materno foi diferente do local do parto.

Tabela 13 - Distribuição dos óbitos maternos conforme o local de ocorrência e o nível de referência hospitalar e a taxa de letalidade materna (TLM) a cada 100 mil partos, RS, 2023.

Local de ocorrência do óbito	Nº partos	Nº óbitos	NV local do óbito	TLM/100 mil partos
Maternidade de risco habitual	14	14	9.514	147,15
Maternidade de alto risco	17	17	24.446	69,54
Não é referência para parto	02	06	3.083	194,62
Domicílio	01	04	364	1.098,9
TOTAL	35*	41		

Fonte: Sinasc; SIM; SIH/SUS, 2023. *Em 07 óbitos maternos não houve parto.

Nas maternidades de referência para gestação de alto risco, que registraram óbitos maternos, ocorreram 24.446 partos e 17 óbitos, com taxa de letalidade materna (TLM) de 69,54/100 mil partos, e, nas maternidades de referência para gestação de risco habitual, ocorreram 9.514 partos e 14 óbitos, com TLM de 147,15/100 mil partos. Nas instituições que **não são referência para parto**, ocorreram 3.083 partos e 06 óbitos, com **TLM de 194,62/100 mil partos**.

Dados Preliminares da Mortalidade Materna em 2024

De acordo com dados preliminares, em 2024, foram registrados **52 óbitos maternos** no RS, dos quais 48 (92,3%) já foram investigados. A Tabela 14 apresenta a distribuição das causas básicas de morte materna no estado em 2024.

Tabela 14 - Distribuição das causas básicas de morte materna, por grupo e categoria da CID-10, RS, 2024*.

CAUSA BÁSICA DE MORTE MATERNA	Nº	%
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	15	28,85%
Outras doenças e afecções especificadas	05	9,62%
Doenças do aparelho circulatório	03	5,77%
Morte obstétrica de causa não especificada	02	3,85%
Doenças do aparelho respiratório	02	3,85%
Transtornos mentais e doenças do sistema nervoso	01	1,92%
Doenças do aparelho digestivo	01	1,92%
Outras doenças infecciosas e parasitárias maternas	01	1,92%
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	11	21,15%
Pré-eclâmpsia	07	13,46%
Eclâmpsia	03	5,77%
Hipertensão pré-existente não especificada	01	1,92%
Complicações do trabalho de parto e do parto	11	21,15%
Outras hemorragias do pós-parto imediato	05	8,16%
Anormalidades da contração uterina	03	5,77%
Hemorragia intraparto	02	3,85%
Outras hemorragias intra parto	01	1,92%
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	06	11,54%
Diabetes mellitus que surge durante a gravidez	02	3,85%
Infecção não especificada do trato urinário na gravidez	02	3,85%
Diabetes mellitus pré-existente	01	1,92%
Afecções ligadas a gravidez, não especificadas	01	1,92%

Fonte: SIM, 2024. *Dados preliminares

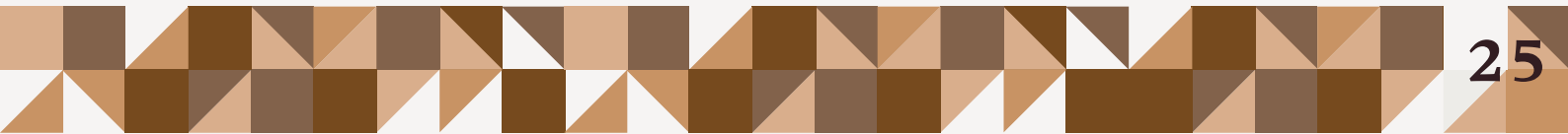


Tabela 14 - Distribuição das causas básicas de morte materna, por grupo e categoria da CID-10, RS, 2024*.

CAUSA BÁSICA DE MORTE MATERNA	Nº	%
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	07	13,46%
Embolia obstétrica por coágulo de sangue	03	5,77%
Embolia amniótica	02	3,85%
Infecção Puerperal	01	1,92%
Cardiomiopatia no puerpério	01	1,92%
Gravidez que termina em aborto	02	3,85%
Aborto espontâneo - completo ou não especificado, sem complicações	01	1,92%
Aborto não especificado - completo ou não especificado, sem complicações	01	1,92%
TOTAL	52	100%

Fonte: SIM, 2024. *Dados preliminares.

Em 2024 as principais causas de mortalidade materna foram os **transtornos hipertensivos da gestação** e as **hemorragias** com 11 ocorrências cada (21,15%), seguidas das embolias com 05 casos (9,62%). As outras doenças e afecções identificadas foram: 02 casos de neoplasia de mama, 01 caso de neoplasia de mediastino, 01 caso de Síndrome de Marfan e 01 caso de epilepsia. Destaca-se que houveram 02 óbitos maternos relacionados à Dengue no estado em 2024.

Quanto ao **perfil sociodemográfico**, o maior número de óbitos ocorreu em mulheres brancas (61,53%), na faixa etária entre 35 e 39 anos (21,15%) e com 8 a 11 anos de estudo (46,15%). Quanto ao **perfil obstétrico**, em 46,15% o tipo de parto foi **cesáreo** e 26,92% do total de óbitos maternos foi de **mulheres primíparas**.

Os dados de mortalidade materna de 2024 são preliminares e sujeitos à alteração após a conclusão das investigações pendentes e da qualificação dos dados até o fechamento do banco de dados no SIM.

Considerações Finais

A mortalidade materna permanece como um importante desafio de saúde pública no RS, refletindo desigualdades sociais, territoriais e no acesso a serviços de saúde qualificados. Apesar dos avanços nas últimas décadas, a RMM no estado ainda apresenta números preocupantes, especialmente em regiões com menor cobertura de atenção primária e maior vulnerabilidade social.

A necessidade de qualificação contínua das equipes de saúde e padronização de condutas, com foco na prevenção e manejo de emergências obstétricas, é um ponto crítico para a redução dos óbitos evitáveis. No contexto da mortalidade materna, atrasos na identificação e no manejo de condições como hipertensão gestacional, diabetes mellitus e possíveis hemorragias intra ou pós-parto representam causas evitáveis de óbitos.

No Brasil, assim como no RS, os transtornos hipertensivos da gestação e as hemorragias obstétricas continuam sendo as principais causas diretas de mortalidade materna, representando desafios significativos para a saúde pública. O perfil dos óbitos maternos de 2023 evidencia a importância da estratificação de risco gestacional desde o início do pré-natal, bem como, da utilização de protocolos clínicos baseados em evidências, tanto no SUS quanto na saúde suplementar. Isso possibilita o encaminhamento oportuno às unidades de referência, garantindo que gestantes de alto risco sejam acompanhadas por equipes multidisciplinares em serviços especializados, com recursos adequados para diagnóstico e intervenção precoce.

O racismo estrutural e a desigualdade étnico-racial também se refletem nas estatísticas: mulheres negras, migrantes e indígenas são mais afetadas pela mortalidade materna, revelando a necessidade de políticas públicas que considerem a equidade no acesso e no atendimento.

O fortalecimento das políticas de planejamento reprodutivo é uma ação estratégica para a redução da mortalidade materna. Ampliar o acesso aos métodos contraceptivos, com respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, contribui para a prevenção de riscos obstétricos, redução de gestações indesejadas, redução de abortos inseguros, além de permitir que mulheres e casais exerçam o direito de decidir livremente sobre o número de filhos e o momento mais adequado para engravidar.

A SES/RS vem realizando uma série de ações junto à APS para a qualificação do pré-natal no estado. Em 2024 foi lançada a atualização do Guia do Pré-Natal e Puerpério na APS, que aborda desde o planejamento sexual e reprodutivo até a consulta puerperal. Foram realizadas capacitações, por CRS, para os profissionais que realizam pré-natal ao longo do ano, além da distribuição e ampla divulgação do material para os municípios, gestores, sociedades médicas e conselhos de classe.

O cuidado materno-paterno-infantil também faz parte do ciclo da Rede Bem Cuidar (RBC) 2024-2027, em que são realizadas uma série de ações de educação permanente sobre temas como: pré-natal na APS, prevenção da gravidez na adolescência, estratificação de risco, pré-natal do parceiro e plano de parto.

Na RBC as equipes podem aderir a um processo de certificação, em que são estimuladas a aprofundar as relações entre usuários, trabalhadores e gestores, no sentido de oferecer atenção integral e equitativa para a população que abrange em seu território. A obtenção do certificado de Equipe Amiga da Mãe, Parceria e Criança atesta o alcance das metas, que tiveram foco na qualificação do atendimento ao planejamento reprodutivo, pré-natal, puerpério e puericultura. Até 2026, cada equipe aderida à RBC será incentivada a desenvolver um conjunto de ações voltadas para o cuidado materno, paterno e infantil, propostas anualmente e avaliadas semestralmente.

O Primeira Infância Melhor (PIM), enquanto estratégia intersetorial da APS, contribui para o fortalecimento do cuidado à gestante nos territórios, ofertando orientação em domicílio e favorecendo a articulação em rede das demandas identificadas. As gestantes são público prioritário do programa cujo atendimento tem como referência o Guia da Gestante do PIM. A política oferta para as equipes de APS e PIM o curso online “Aspectos Psicossociais da Gestação”.

Através do Programa Assistir, o Governo do Estado do RS cofinancia e monitora Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGAR) e maternidades, buscando a regionalização do parto em estruturas hospitalares adequadas.

A Rede Alyne, que atualiza a Rede Cegonha, propõe a revisão do desenho da rede materno-paterno-infantil do estado e dos planos de ação macrorregionais, prevendo novos serviços e a qualificação e ampliação de serviços existentes. A Rede traz aportes importantes para a qualificação do cuidado visando fortalecer processos de gestão e assistência; promoção de equidade; garantia de acesso de qualidade e em tempo oportuno; vinculação das gestantes; promoção de práticas baseadas em evidências científicas; e a melhora da ambiência, com vistas a contribuir com a redução da morbimortalidade materna e infantil.

A mortalidade materna impacta profundamente nas famílias das mulheres, mas, em especial, na vida de seus filhos. A morte materna acaba privando-os do cuidado, da amamentação e do contato físico e emocional que são essenciais para o desenvolvimento saudável. Além disso, pode levar a dificuldades econômicas, problemas de saúde, aumento do risco de violência, abandono escolar por parte dos filhos mais velhos, entre outros.

A redução da mortalidade materna exige ações coordenadas entre os diferentes níveis de gestão do SUS, com foco na equidade, integralidade e qualidade do cuidado prestado às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

Mortalidade Infantil

Taxa de Mortalidade Infantil

O Ministério da Saúde define a taxa de mortalidade infantil (TMI) como o número de óbitos de menores de um ano de idade em cada mil nascidos vivos na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Por meio da taxa de mortalidade infantil, se estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

O Indicador TMI tem polaridade negativa, ou seja, quanto menor, melhor. O número absoluto de óbitos e o número absoluto de nascimentos impactam no valor final da taxa.

Método do Cálculo

$$\frac{\text{Número Total de óbitos} < 1 \text{ ano}}{\text{Número Total de Nascidos Vivos}} \times 1000$$

Componentes do Óbito Infantil

- **Óbito infantil:** ocorre em crianças nascidas vivas até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 dias.
- **Neonatal precoce:** ocorre em crianças de 0 a 6 dias de vida completos.
- **Neonatal tardio:** ocorre em crianças de 7 a 27 dias de vida completos.
- **Pós-neonatal:** ocorre em crianças de 28 a 364 dias de vida completos.
- **Óbito fetal ou natimorto:** é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez.

ODS 3 - Meta 3.2

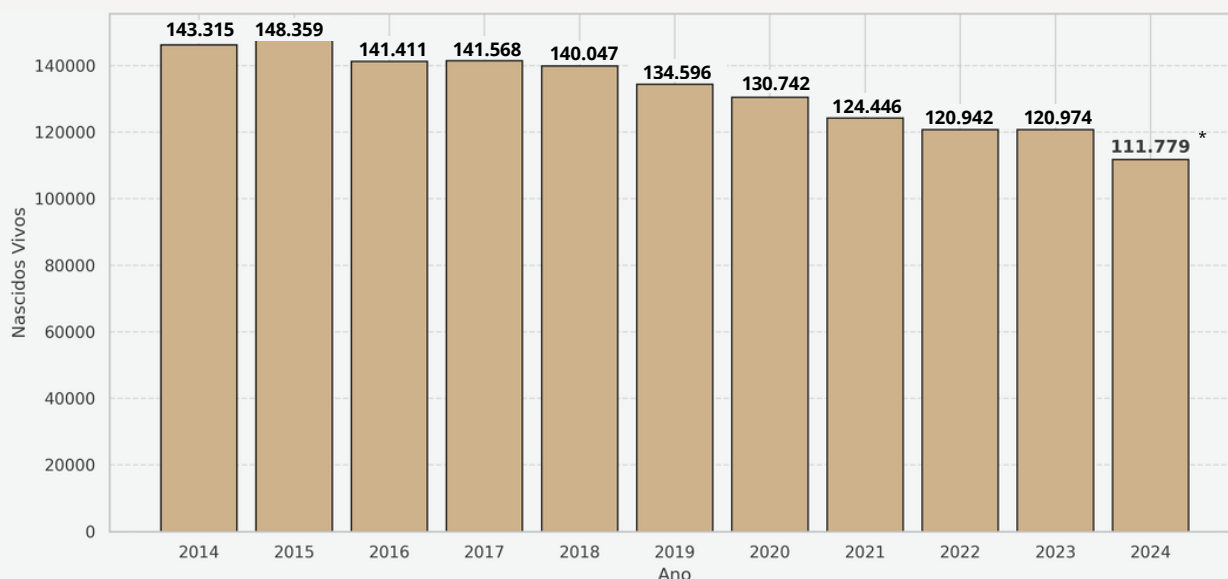
Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos.

As metas de redução da Mortalidade Infantil pactuadas para o estado do RS constam na Resolução nº 304/2023 CIB/RS e Resolução nº 123/2024 CIB/RS

Perfil dos nascidos vivos no RS

Considerando-se a série histórica de 2014 a 2024* preliminar, é possível observar a diminuição no número absoluto de nascimentos a partir de 2015, conforme mostra a **Figura 6**. A mesma tendência de diminuição nos nascimentos em nível federal pode ser observada consultando-se dados do DATASUS, embora em menor proporção.

Figura 6: Série histórica do número de nascidos vivos, RS, 2014 a 2024*.



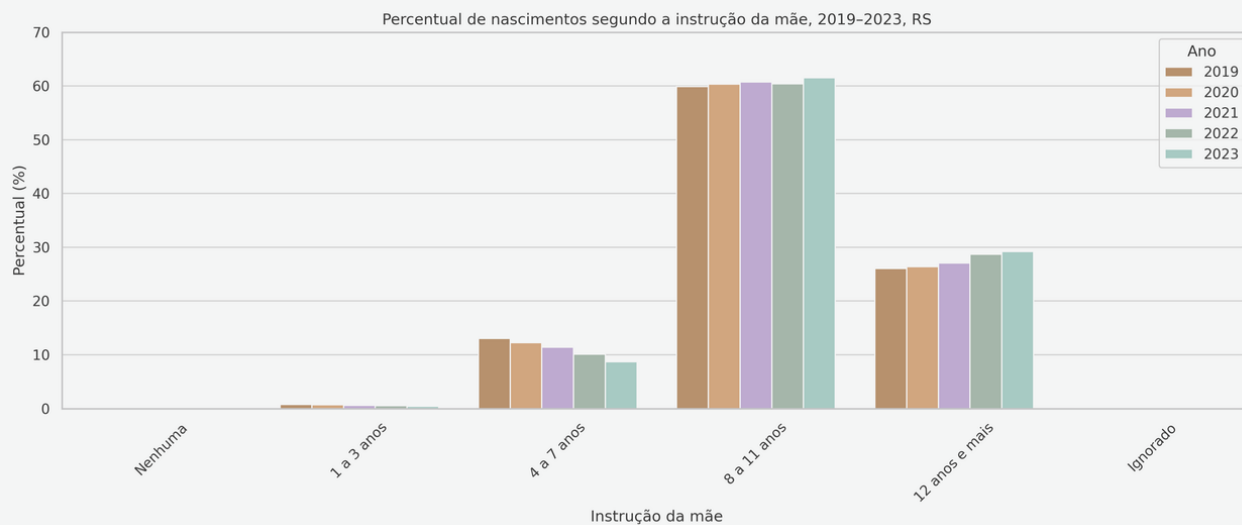
Fonte: MS/SVSA/CGIAE- SINASC (2014 - 2023); BI/DGTI/SES/RS - SINASC (2024* Preliminar) ; Acesso em 05.05.2025

Nascidos vivos por anos de instrução e idade da mãe

Já, ao analisarmos o perfil dos nascimentos em uma série histórica de 2019 a 2023, com base nos dados do DATASUS, pode-se observar no recorte anos de instrução da mãe, uma diminuição dos nascimentos entre as mães com 4 a 7 anos de instrução, por outro lado o número de nascimentos vem aumentando entre mães com 12 anos de instrução ou mais, os demais permanecem estáveis (Figura 7).

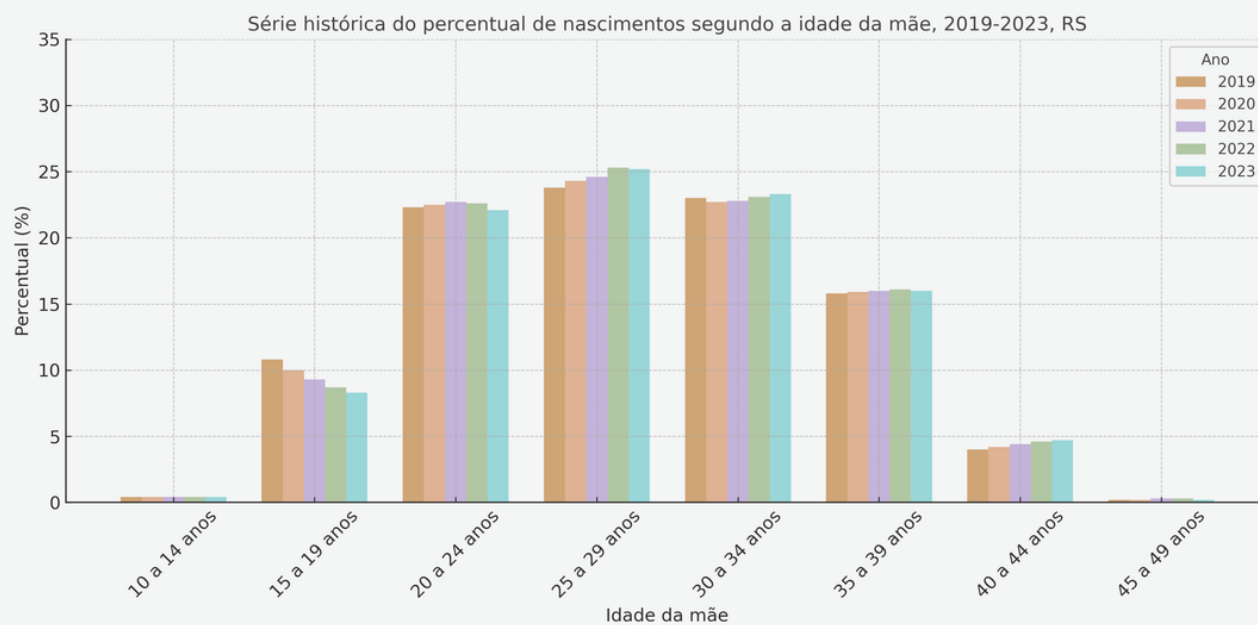
Quanto ao recorte idade da mãe, observa-se diminuição de nascimentos nas faixas etárias entre 15 e 19 anos, em contrapartida o número de nascimentos teve aumento nas faixas etárias entre 25 e 29 anos, estabilizando de 2022 para 2023. Já entre 40 e 44 anos o número de nascimentos manteve a tendência de aumento, com oscilação nas demais faixas etárias (Figura 8).

Figura 7: Série histórica do percentual de nascimentos segundo anos de instrução da mãe, 2019-2023, RS.



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/TABNET/DATASUS, 2023.

Figura 8 - Série histórica do percentual de nascimentos segundo a idade da mãe, RS, 2019-2023.



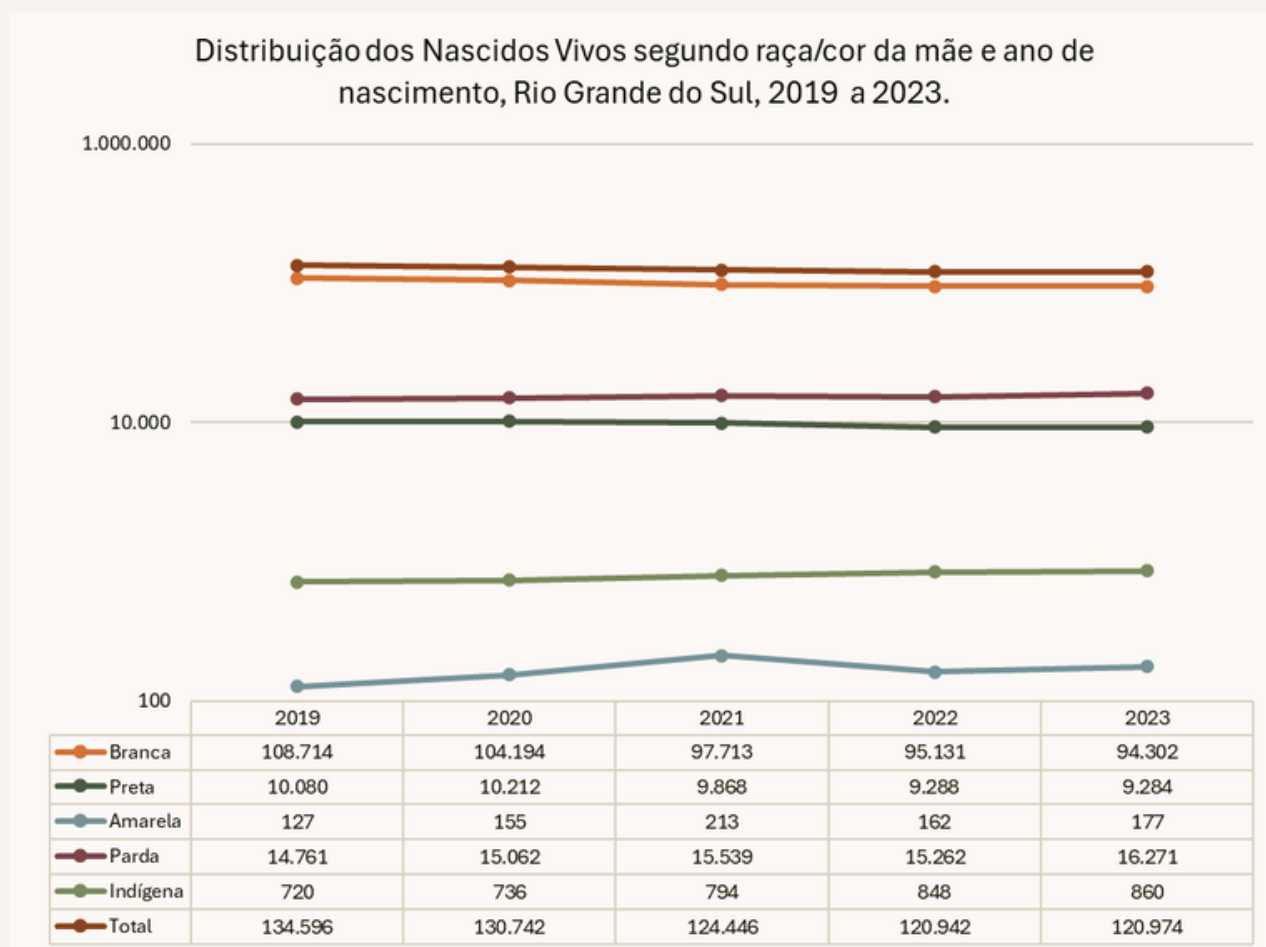
Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/TABNET/DATASUS, 2023.

Nascidos Vivos por raça/cor da mãe e ano de nascimento

A **Figura 9** apresenta a série histórica dos nascidos vivos no RS entre 2019 e 2023, segundo a raça/cor da mãe. Observa-se uma redução de 10,1% no total de nascimentos no período, passando de 134.596 em 2019 para 120.974 em 2023. No entanto, as variações por raça/cor revelam dinâmicas distintas.

As mães brancas concentraram a maioria dos nascimentos em todos os anos, mas apresentaram queda de 13,3% (de 108.714 para 94.302), impactando fortemente a queda geral no estado. Entre as mães pretas, os nascimentos permaneceram relativamente estáveis, com leve redução no período (houve redução de 7,9%, de 10.080 para 9.284). Em contraste, de acordo com os registros houve crescimento entre mães pardas, com aumento de 14.761 para 16.271 nascimentos (cerca de 10%), e entre mães indígenas, mesmo com números absolutos proporcionalmente menores, houve o acréscimo de quase 20% (720 para 860). Já os nascimentos de mães amarelas seguiram baixos, sem variações significativas.

Figura 9 - Série histórica dos Nascidos Vivos por raça/cor da mãe e ano de nascimento, RS, 2019 - 2023.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/TABNET/DATASUS.

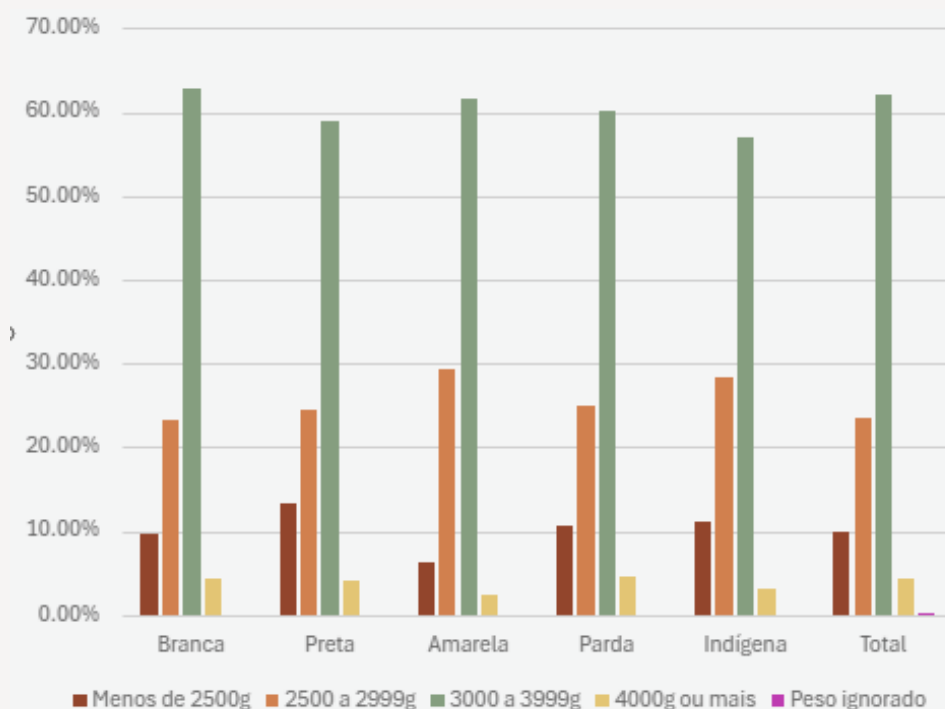
Prematuridade e baixo peso ao nascer, recorte raça/cor da mãe

Segundo dados do DATASUS, no ano de 2023, o RS apresentou uma proporção de nascimentos prematuros (<37 semanas de gestação) de 12,7%, acima portanto da proporção nacional, 11,96%. Os percentuais a seguir representam o número de nascimentos prematuros nos recortes observados.

Os partos a termo (37 a 41 semanas) foram predominantes entre todos os grupos raciais no RS, com proporções superiores a 80%. No entanto, as maiores proporções de partos prematuros ocorreram entre mães indígenas (16,4%) e pretas (13,9%), seguidas de pardas (12,7%), brancas (12,5%) e amarelas (10,7%).

A análise da distribuição dos nascidos vivos por peso ao nascer segundo a raça/cor da mãe, conforme **Figura 10**, revela que a maioria dos nascidos vivos em todas as categorias de raça/cor, no ano de 2023, apresentou peso entre 3.000g e 3.999g, considerado adequado e esperado. Seguem os percentuais, nessa faixa de peso ao nascer, para filhos de mães brancas (62,9%), seguidos por amarelas (61,6%), pardas (60,2%), pretas (58,9%) e indígenas (57,1%). A proporção de nascimentos com esse peso foi ligeiramente menor entre mães pretas e indígenas.

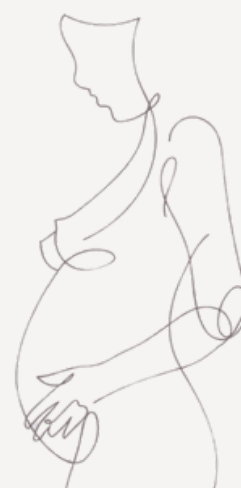
Figura 10 - Peso ao nascer, segundo recorte raça/cor da mãe, RS, 2023.



Fonte: SINASC/TABNET/DATASUS, 2023.

A ocorrência de baixo peso ao nascer (menos de 2.500g) foi maior entre crianças filhas de mães pretas (12,7%) e indígenas (11,2%) do que entre mães brancas (9,6%) e pardas (10,4%).

Crianças filhas de mães da raça/cor autodeclarada amarela apresentaram a menor proporção de baixo peso (6,8%).



Em 2023, os dados de Apgar no 1º e 5º minuto mostram que a maioria dos bebês, independentemente da raça/cor da mãe, teve boa recuperação. No 1º minuto, 87% dos bebês de mães brancas, 83% de pretas, 85% de pardas, 83,8% de indígenas e 93% de amarelas obtiveram Apgar 8 a 10. Já no 5º minuto, 97% dos bebês de mães brancas, 95,6% de pretas, 97% de pardas, 92% de indígenas e 100% de amarelas permaneceram com Apgar 8 a 10.

Embora a maioria dos bebês tenha boa recuperação, as mães pretas e pardas apresentaram uma proporção maior de bebês com Apgar baixo, especialmente no 1º minuto. A quantidade de registros ignorados é pequena, mas deve ser observada para garantir a precisão dos dados.

Distribuição dos nascimentos raça/cor, por macrorregião, RS, 2023

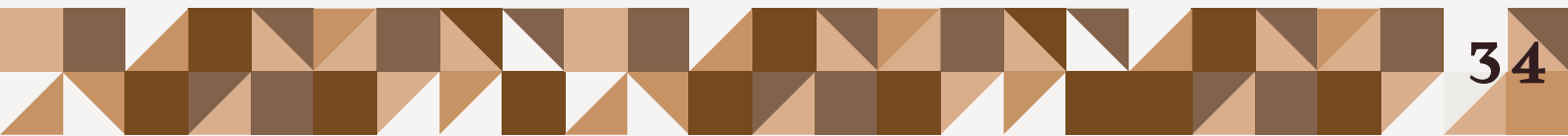
A **Tabela 15** apresenta a distribuição percentual dos nascidos vivos em 2023 por raça/cor da mãe nas macrorregiões de saúde do RS. A Metropolitana concentrou a maior proporção de nascidos vivos em todos os grupos raciais, o que está associado à sua densidade populacional, com destaque para pretos (58,2%), amarelos (41,8%) e 41,8% dos brancos.

A Norte concentrou a maior proporção de nascidos vivos indígenas (69,8%), o que evidencia presença significativa dessa população na região. As regiões Serra e Centro-Oeste têm destaque nos nascidos vivos pardos (15,5% e 12,5%, respectivamente) e amarelos, enquanto Missioneira e Vales apresentaram menor concentração em todos os grupos raciais.

Tabela 15. Distribuição percentual dos nascidos vivos por raça/cor da mãe, por Macrorregião de Saúde, RS, 2023.

Macrorregião de Saúde	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
Vales	8,56	7,24	2,82	6,59	2,44	1,25	8,13
Sul	8,05	13,73	9,60	8,58	2,21	45,00	8,55
Serra	11,11	7,41	21,47	15,48	2,67	3,75	11,36
Norte	12,88	3,81	10,73	12,06	69,77	7,50	12,47
Missioneira	9,16	1,56	6,21	6,82	6,28	0,00	8,23
Metropolitana	41,77	58,21	41,81	38,00	15,12	8,75	42,32
Centro-oeste	8,47	8,04	7,34	12,48	1,51	33,75	8,94
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: SINASC TABNET/DATASUS, Acesso maio 2025.



Série histórica da Mortalidade Infantil no RS

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Os óbitos decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas no acesso e/ou assistência, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas (BRASIL, 2009).

A **Tabela 16** apresenta um consolidado de nascimentos, óbitos e TMI ao longo de uma série histórica de 2014 a 2023, banco de dados fechados e dados preliminares de 2024. É possível observar que há uma tendência de diminuição dos nascimentos no RS, a partir do ano de 2019. Por outro lado, o número de óbitos infantis parece não acompanhar a mesma tendência linear de redução e, como resultado, as taxas de mortalidade infantil oscilam. Esse cenário reforça a importância de estratégias contínuas e integradas de cuidado e prevenção voltadas à primeira infância.

Tabela 16. Série Histórica da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), RS, 2023-2024*.

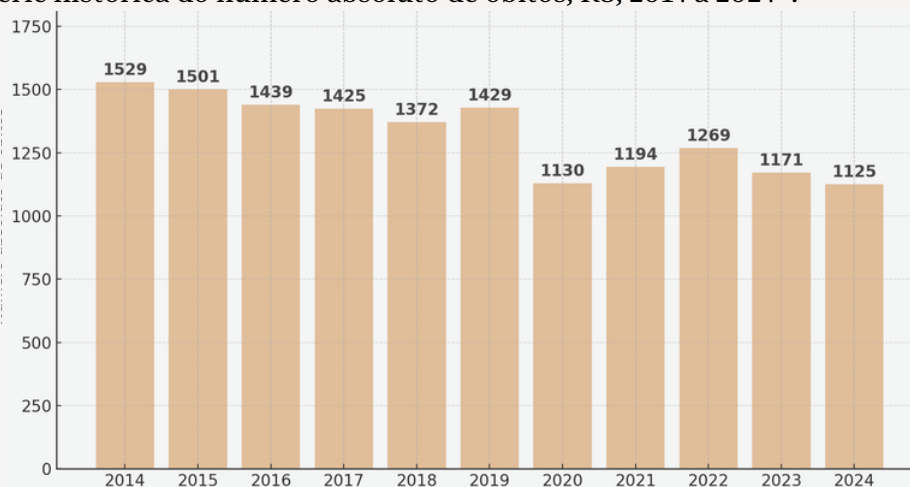
Ano	Nº Óbitos	Nº Nascidos Vivos	TMI
2014	1.529	143.315	10.07
2015	1.501	148.359	10.12
2016	1.439	141.411	10.18
2017	1.425	141.568	10.07
2018	1.372	140.047	9.80
2019	1.429	134.596	10.62
2020	1.130	130.742	8.64
2021	1.194	124.446	9.60
2022	1.269	120.942	10.50
2023	1.171	120.974	9.68
2024*	1.125	111.779	10.06

Fonte: SIM/SINASC TABNET/DATASUS (2014 - 2023); BI/DGTI/SES/RS - SIM (2024* Preliminar), Acesso maio/2025.

Importante ressaltar que o número absoluto de óbitos e o número absoluto de nascimentos impactam no valor final da taxa, pode-se verificar essa relação observando o número absoluto de nascimentos, número absoluto de óbitos infantis e TMI. Observa-se na **Figura 11**, que o menor número de óbitos infantis da série histórica de 2014 a 2023 ocorreu em 2020, ano em que tivemos a pandemia de Covid-19.

No que se refere à redução observada da mortalidade infantil durante o período da pandemia, tanto no componente neonatal quanto no infantil tardio, estudos apontam hipóteses associadas à menor circulação de agentes infecciosos, reorganização dos serviços de saúde, reforço de medidas de prevenção e mudanças no comportamento social. No entanto, tais fatores permanecem em investigação até que se possa estabelecer uma relação de causalidade direta.

Figura 11 - Série histórica do número absoluto de óbitos, RS, 2014 a 2024*.



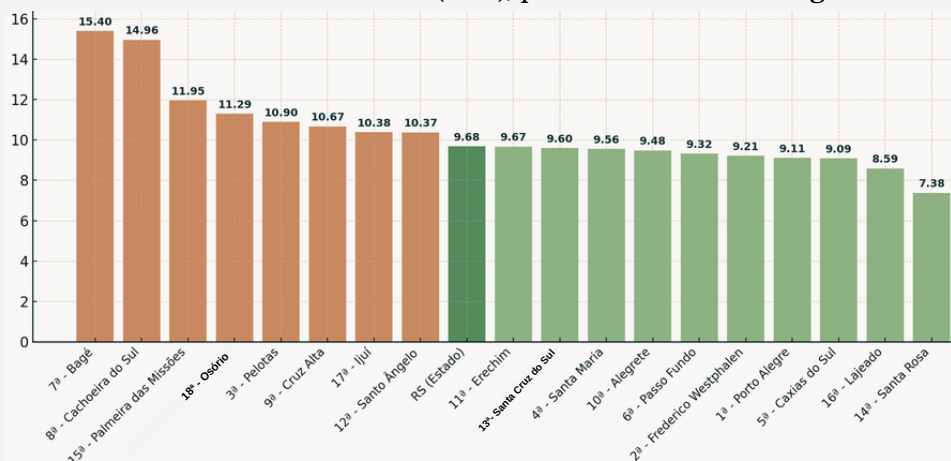
Fonte: SIM TABNET/DATASUS (2014 - 2023); BI/DGTI/SES/RS - SIM (2024* Preliminar), 2024.

Pode-se observar uma redução de mais de 350 óbitos infantis nos últimos 10 anos. Em paralelo temos a redução de mais de 22 mil nascidos vivos no mesmo período.

Dados da mortalidade infantil 2023

A **Figura 12** mostra a distribuição da taxa de mortalidade infantil, por Coordenadoria Regional de Saúde, no ano de 2023.

Figura 12: Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2023.



Fonte: SINASC - TABNET/DATASUS, 2023.

Observa-se na **Tabela 17**, que no ano de 2023, a TMI no RS foi de 9,68 por mil nascidos vivos (NV), sendo 1.171 óbitos de crianças menores de um ano e 120.974 nascimentos, ficando abaixo a meta de até 9,8/1.000 NV, proposta para o ano. Em relação ao alcance da meta por Coordenadorias Regionais de Saúde a 1ª, 2ª, 4ª, 5ª, 6ª, 10ª, 11ª, 13ª, 14ª e 16ª CRS se posicionaram dentro da meta estadual.

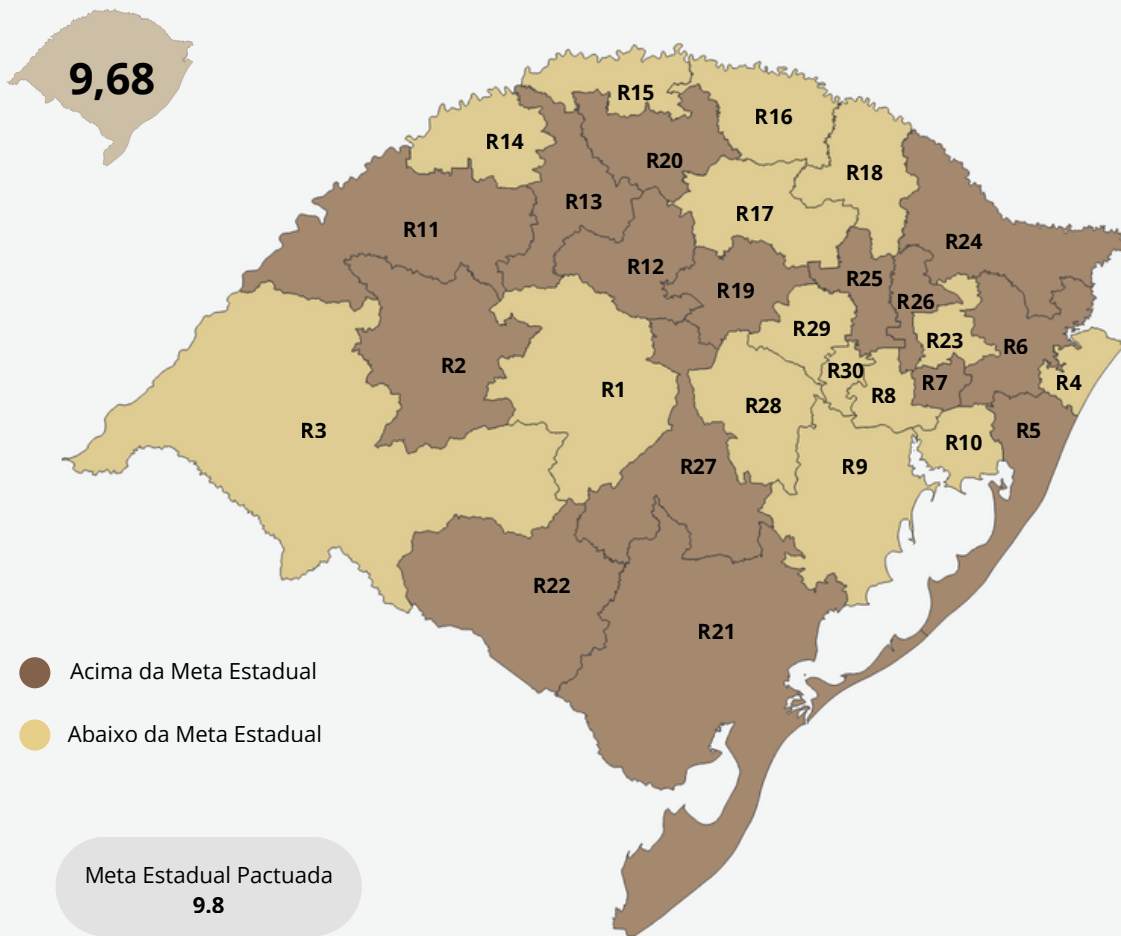
Tabela 17 - Número absoluto de nascimentos, óbitos e taxa de mortalidade infantil, por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2023.

CRS	Nascidos Vivos	Óbitos	TMI
1ª - Porto Alegre	46.305	422	9,11
2ª - Frederico Westphalen	2.390	22	9,21
3ª - Pelotas	8.260	90	10,9
4ª Santa Maria	5.756	55	9,56
5ª - Caxias do Sul	13.746	125	9,09
6ª - Passo Fundo	7.936	74	9,32
7ª - Bagé	2.078	32	15,4
8ª - Cachoeira do Sul	2.006	30	14,96
9ª - Cruz Alta	1.499	16	10,67
10ª - Alegrete	5.063	48	9,48
11ª - Erechim	2.586	25	9,67
12ª - Santo Ângelo	3.182	33	10,37
13ª - Santa Cruz do Sul	3.644	35	9,6
14ª - Santa Rosa	2.575	19	7,38
15ª - Palmeira das Missões	2.175	26	11,95
16ª - Lajeado	4.189	36	8,59
17ª - Ijuí	2.697	28	10,38
18ª - Osório	4.871	55	11,29
RS	120.974	1.171	9,68

Fonte: SIM/SINASC - TABNET/DATASUS, 2023.

Já entre as Regiões de Saúde cuja taxa de mortalidade infantil se mantiveram dentro da meta estadual (9.8) estão a R1 (4ª CRS), R3 (10ª CRS), R4 (18ª CRS), R8, R9 e R10 (1ª CRS), R14 (14ª CRS), R15 (2ª CRS), R16 (11ª CRS), R17 e R18 (6ª CRS), R23 (5ª CRS), R28 (13ª CRS), R29 e R30 (16ª CRS), conforme mapa da **Figura 13**.

Figura 13 - Taxa de Mortalidade Infantil, por Região de Saúde, RS, 2023.



Fonte: SIM/SINASC - TABNET/DATASUS, 2023.

R1 - Verdes Campos = 9.47	R11 - Sete Povos das Missões = 10.37	R21 - Sul = 10.9
R2 - Entre Rios = 9.93	R12 - Portal das Missões = 10.67	R22 - Pampa = 15.40
R3 - Fronteira Oeste = 9.48	R13 - Diversidade = 10.38	R23 - Caxias e Hortênsias = 7.29
R4 - Belas Praias = 7.89	R14 - Fronteira Noroeste = 7.38	R24 - Campos de Cima da Serra = 12.8
R5 - Bons Ventos = 14	R15 - Caminho das Águas = 9.21	R25 - Vinhedos e Basalto = 10.17
R6 - Vale do Paranhana = 10.37	R16 - Alto Uruguai Gaúcho = 9.67	R26 - Uva e Vales = 10.66
R7 - Vale dos Sinos = 10.79	R17 - Planalto = 8.7	R27 - Jacuí Centro = 14.96
R8 - Vale do Caí e Metropolitana = 7.2	R18 - Araucárias = 8.55	R28 - Santa Cruz do Sul = 9.6
R9 - Carbonífera/Costa Doce = 9.39	R19 - Botucaraí = 12.87	R29 - Vales e Montanhas = 8.02
R10 - Capital e Vale do Gravataí = 9.48	R20 - Rota da Produção = 11.95	R30 - Vale da Luz = 9.68

As principais causas de mortalidade pela Lista CID-10/DATASUS no ano de 2023, encontram-se descritas de forma detalhada na **Tabela 18**. Dentre as causas de óbitos originadas no período perinatal (55.5%), destacam-se as por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e parto (35.8%), seguidas de Septicemia bacteriana do recém-nascido (15.4%) e restante das afecções perinatais (13.4%)

Dentre as causas de óbitos evitáveis causados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e parto (233 óbitos) se destacam: **feto e recém-nascido afetado por transtorno materno hipertensivo (46 óbitos)**, feto e recém-nascido afetados por ruptura prematura de membranas (28 óbitos) e feto e recém-nascido afetados por corioamnionite (34 óbitos). Ainda, nos óbitos por malformações congênicas predominam as malformações do coração que totalizaram 110 óbitos em 2023.

Tabela 18 - Causas de mortalidade infantil de acordo com a lista CID-10, RS, 2023.

Causa do Óbito Infantil	Nº	%
1- XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	651	55,5
Fatores maternos e complicações da gravidez e parto	233	33,1
Septicemia bacteriana do recém-nascido	100	12,9
Restante das afecções perinatais	87	12,4
Outras afecções respiratórias do recém-nascido	70	9,7
Transtornos relacionados à duração da gravidez	57	8,2
Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido	46	8,2
Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	30	7,3
Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto	21	3,0
Pneumonia congênita	6	2,8
Onfalite do recém-nascido com ou sem hemorragia	1	0,9
2- XVII Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	331	28,36
Outras malformações congênicas	115	36,6
Malformações congênicas do coração	110	26,6
Síndrome de Down e outras anomalias cromossômicas	48	16,5
Outras malformações congênicas do sistema nervoso	25	7,1
Outras malformações congênicas do aparelho circulatório	21	7,1
Hidrocefalia e espinha bífida congênicas	12	6,1

Fonte: SIM - TABNET/DATASUS, 2023.

Tabela 18 - Causas de mortalidade infantil de acordo com a lista CID-10, RS, 2023 - Continuação

3- XX Causas externas de morbidade e mortalidade	48	4,10
Outros riscos acidentais à respiração	34	70,8
Agressões	7	15,5
Acidentes de transporte	3	6,2
Todas as outras causas externas	3	6,2
4- X Doenças do aparelho respiratório	41	3,50
Outras infecções respiratórias agudas	24	58,5
Pneumonia	14	34,1
Restante das doenças do aparelho respiratório	3	7,3
5- XVIII Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	35	2,99
Outros sintomas, sinais e achados anormais	26	74,2
Síndrome da morte súbita na infância	9	25,7
6- I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	33	2,82
Restante de algumas doenças infecciosas e parasitárias	12	33,9
Outras doenças por vírus	10	28,3
Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa	5	14,2
Septicemia	4	11,4
Outras doenças infecciosas intestinais	1	2,8
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana	1	2,8
Outras	32	2,73
TOTAL	1.171	100

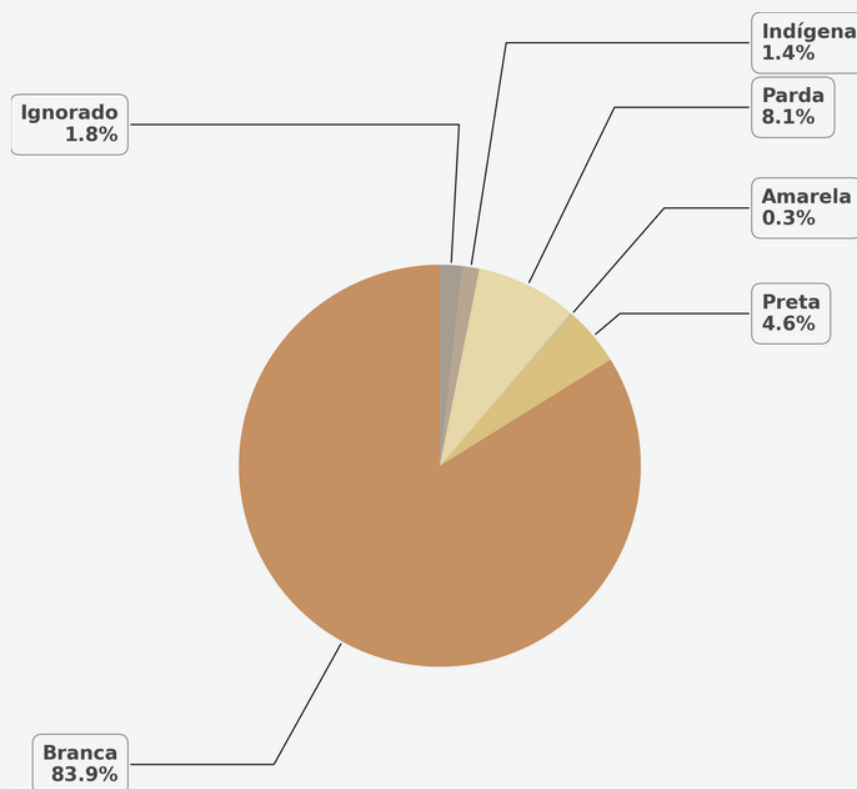
Fonte: SIM - TABNET/DATASUS, 2023.

Perfil dos Óbitos Infantis 2023

Em torno de 70.4% do total de óbitos foram neonatais (0–27 dias) e, quanto ao peso, aproximadamente 64.4% do total de óbitos ocorreu entre recém-nascidos com menos de 2.500g ao nascer. Em relação à duração da gestação, cerca de 65.33% do total de 1.171 óbitos infantis no período, ocorreram com idade gestacional < 37 semanas.

Ao analisarmos o perfil dos óbitos infantis de acordo com o quesito raça/cor, informados na Declaração de Óbito (DO), observa-se na **Figura 14**, o percentual referente ao número absoluto. A maioria das crianças cujos óbitos ocorreram nessa faixa etária foram declarados de cor branca 83,9% (982 óbitos), seguidos da parda 95 óbitos (8.11%) e pretos com 54 óbitos (4.61) do total.

Figura 14 - Percentual de óbitos infantis por raça/cor/etnia em relação ao número total de óbitos, RS, 2023.



Fonte: SIM, 2023.

Mortalidade infantil entre crianças indígenas

A mortalidade infantil de crianças indígenas, ainda que represente um percentual menor (1,4%) sobre o total de óbitos, quando analisado em números absolutos, corresponde a 16 óbitos, 08 a menos que no ano anterior de 2022, quando ocorreram 24 óbitos de crianças cuja raça/cor etnia da mãe era indígena. Ressalta-se que no preenchimento das DO no quesito raça/cor, em 2023 cerca de 1,8% dos óbitos tiveram essa variável ignorada. As TMI entre crianças filhas de mães indígenas no RS continuam mais elevadas do que entre crianças filhas de mães brancas.

Entre 2019 e 2023 foram registrados 76 óbitos infantis de crianças indígenas no RS, segundo dados de nascimentos e mortalidade do DATASUS. A mortalidade infantil indígena apresentou dados preocupantes em 2022, com número absoluto de com 24 óbitos infantis. Naquele ano, a taxa de mortalidade infantil para crianças filhas de mães indígenas foi de 28,3 por mil nascidos vivos, quase três vezes maior do que a taxa observada entre crianças brancas (10,9 por mil nascidos vivos). No ano de 2023, apesar de uma pequena redução, a taxa de mortalidade entre crianças filhas de mães indígenas permaneceu alta: 18,6, frente a 10,4, entre crianças brancas.

Entre as causas de mortalidade infantil indígena no ano de 2023 estão as Afecções originadas no período perinatal (9), Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (3), Doenças infecciosas e parasitárias (2), Doenças do aparelho respiratório (2).

Esses dados reforçam a necessidade de ações intersetoriais específicas e qualificadas voltadas à redução das iniquidades em saúde que afetam as populações indígenas no estado. Nesse sentido, a SES/RS por meio da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, especificamente a Área Técnica de Saúde Indígena, elaborou o Plano de Ação Estadual da Saúde Indígena 2024-2027, apresentando aos gestores municipais, estaduais e sociedade civil a situação de saúde dos povos indígenas do estado, a partir de dados demográficos e epidemiológicos. Além disso, o plano aborda os programas desenvolvidos que visam reduzir a situação de vulnerabilidade e promover saúde junto às comunidades, possibilitando a construção de respostas sociais entre diferentes atores políticos.

Distribuição dos óbitos raça/cor, por macrorregião, RS, 2023

Em 2023, a distribuição percentual dos óbitos infantis por raça/cor nas macrorregiões do RS evidenciou tanto desigualdades quanto a concentração populacional em determinadas regiões (**Tabela 19**). A macrorregião Metropolitana concentrou a maioria dos nascimentos totais (42,3%), também concentrou cerca de 40% dos óbitos totais. Da mesma forma, concentra as maiores proporções de óbitos de crianças pretas (46,3%) e pardas (41,1%). Esses percentuais podem refletir tanto o tamanho populacional quanto iniquidades no acesso à saúde. A macrorregião Sul apresentou percentuais elevados de óbitos entre crianças pretas (18,5%) e pardas (30,5%), acima de sua participação no total de óbitos (10,4%), o que sugere desigualdades importantes. A região Norte concentrou a maioria dos óbitos de crianças indígenas (56,3%), enquanto Missioneira e Centro-Oeste também apresentaram proporções relevantes nesse grupo. Óbitos de crianças amarelas foram pouco frequentes, com registros nas regiões Vales e Metropolitana, sem padrão definido.

Tabela 19 - Distribuição percentual dos óbitos infantis por raça/cor nas Macrorregiões de Saúde, RS, 2023.

Macrorregião de Saúde	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
Vales	9,47	7,41	33,33	2,11	0,00	4,76	8,63
Sul	7,64	18,52	0,00	30,53	0,00	38,10	10,42
Serra	10,49	12,96	0,00	13,68	0,00	9,52	10,67
Norte	12,83	7,41	0,00	5,26	56,25	14,29	12,55
Missioneira	9,06	3,70	0,00	3,16	6,25	4,76	8,20
Metropolitana	40,73	46,30	66,67	41,05	31,25	28,57	40,73
Centro-oeste	9,78	3,70	0,00	4,21	6,25	0,00	8,80
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: SIM, 2023.

Ao analisarmos a **Tabela 20**, pode-se observar que em números absolutos os óbitos infantis se concentram na faixa etária da mãe entre 20 e 34 anos de idade, entretanto proporcionalmente a maior TMI ocorre na faixa etária materna de 10 a 14 anos, chegando a 25,48 óbitos/mil nascidos vivos, mais que o dobro da taxa do estado.

Tabela 20 - Número de óbitos infantis/residência por idade da mãe, RS, 2023.

Faixa etária da mãe	Óbitos (nº absoluto)	Percentual
10 a 14 anos	8	0,7%
15 a 19 anos	119	10,2%
20 a 24 anos	261	22,3%
25 a 29 anos	258	22,0%
30 a 34 anos	226	19,3%
35 a 39 anos	189	16,1%
40 a 44 anos	67	5,7%
45 a 49 anos	10	0,9%
50 a 54 anos	0	0%
Ignorado	33	3,0%

Fonte: SIM, 2023.

Quanto à escolaridade da mãe, cujos dados estão detalhados na **Tabela 21**, observa-se que a maioria tinha entre 8 e 11 anos de estudo.

Tabela 21- Número de óbitos infantis/residência por anos de instrução da mãe, RS, 2023.

Escolaridade da mãe	Óbitos	%
Nenhuma	17	1,5%
1 a 3 anos	21	1,8%
4 a 7 anos	121	10,3%
8 a 11 anos	592	50,6%
12 anos e mais	304	26,0%
Ignorado	116	9,9%

Fonte: SIM, 2023.

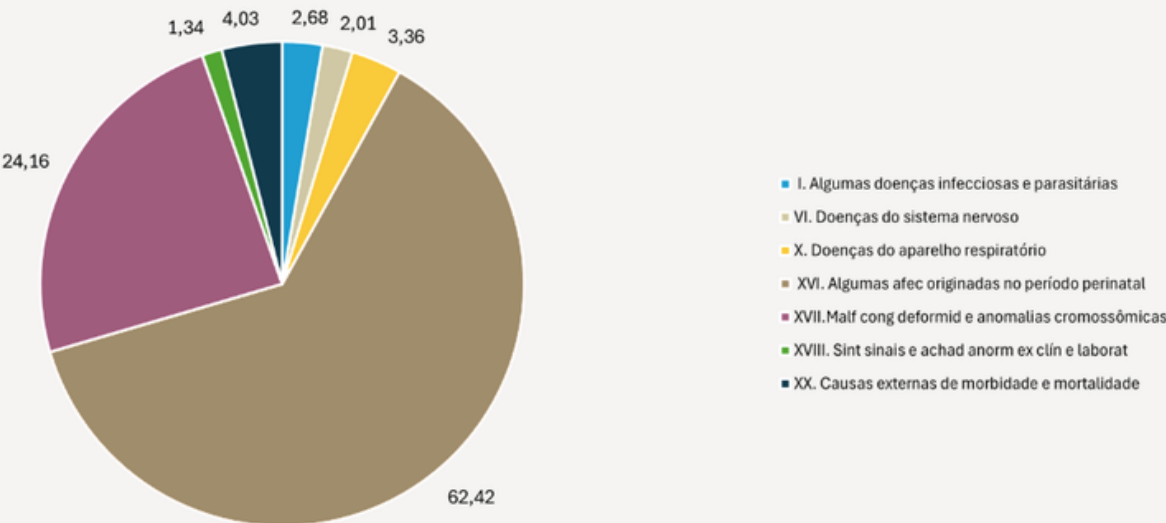
Análise dos Óbitos infantis - crianças negras segundo capítulo CID-10 no RS em 2023

Em 2023, o RS registrou 149 óbitos infantis de crianças negras, sendo 54 de crianças pretas e 95 de crianças pardas, segundo dados do SIM. A maior parte desses óbitos infantis ocorreu na 1ª CRS, que concentrou 41,61% dos casos, seguida da 3ª CRS (16,11%) e 5ª CRS (13,42%).

As principais causas foram afecções perinatais (62,42%), seguidas por malformações congênicas (24,16%), causas externas (4,03%) e doenças respiratórias (3,36%) conforme **Figura 15**. Essas causas, em grande parte evitáveis, refletem fragilidades na atenção à saúde durante a gestação, o parto e o período neonatal.

Figura 15. Percentual de óbitos em crianças negras RS, 2023.

Distribuição percentual dos Óbitos Infantis de crianças negras no Rio Grande do Sul, por Capítulo CID-10, 2023.



Fonte: SIM, 2023.

A predominância de mortes por causas perinatais e congênitas aponta para a importância de um pré-natal de qualidade, com acompanhamento adequado e acesso garantido a exames e orientações. Proporcionalmente, crianças pretas e pardas tiveram um peso ainda maior de causas perinatais.



Isso pode refletir iniquidades raciais no acesso ao pré-natal, parto e cuidados neonatais. As causas externas e doenças respiratórias também revelam desafios relacionados às condições de vida e à prevenção de agravos na infância.

“Esses dados reforçam a urgência de qualificar o cuidado às gestantes e crianças negras, com ações específicas voltadas à equidade racial, conforme orienta a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), especialmente nos serviços de Atenção Primária”

(Área Técnica de Saúde da População Negra/POPES/DAPPS/SES-RS).

Considerações sobre raça/cor

Em 2011, a Declaração de Nascido Vivo (DNV) passou por alterações no campo de coleta de informação quanto à raça/cor da criança. Nessa ocasião, a variável cor/raça no SINASC foi excluída do bloco Identificação do Recém-Nascido e passou a compor o bloco sobre a Mãe. Após a reinserção do campo de coleta da cor/raça da criança na DNV em 2012, o SINASC manteve somente a possibilidade de registro da raça/cor da mãe.

Sobre as implicações dessa forma de registro, um estudo publicado em 2022, aponta que ao se tomar a cor/raça da mãe como classificação de cor/raça da criança, emergem padrões de iniquidades expressos na mortalidade infantil pouco consistentes diante dos padrões de desigualdades étnico raciais que têm sido sistematicamente registrados no país. O conjunto de alterações metodológicas ocorridas no início da década passada, que tiveram consequências no tocante à manutenção de critérios homogêneos na classificação de cor/raça no evento do nascimento, impactaram diretamente as características da série histórica de dados do SINASC relevantes para o cálculo da mortalidade infantil.

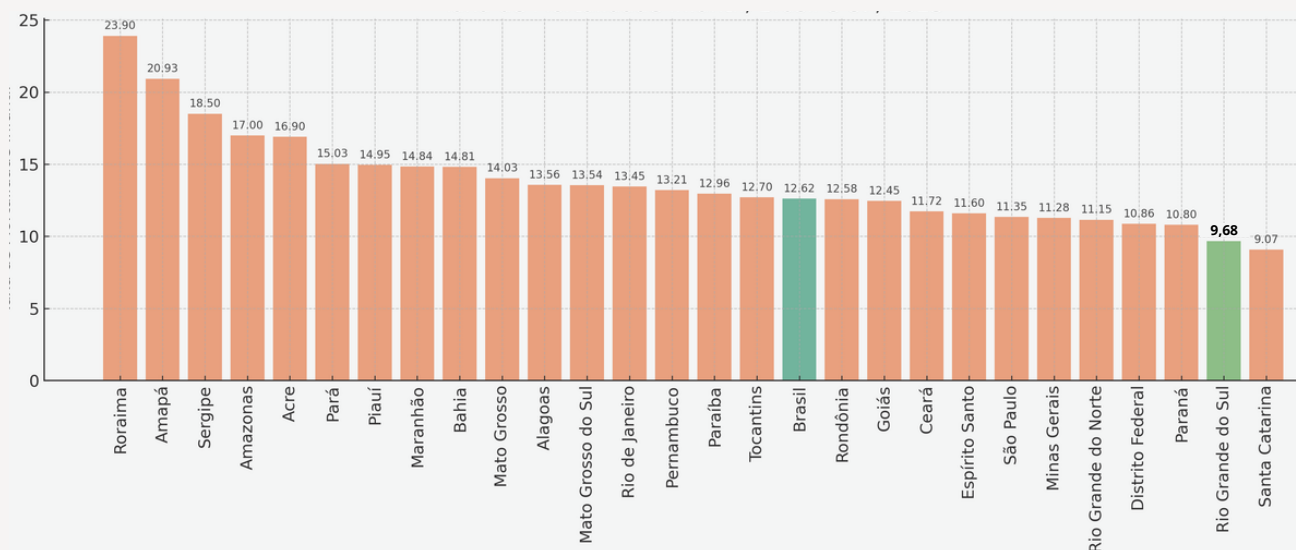
Nesse sentido, um passo fundamental seria o efetivo registro das duas variáveis, quais sejam, a cor/raça da criança e da mãe, na DNV e, também, a disponibilização dessas variáveis de forma explícita e diferenciada em ambos os mecanismos de acesso aos dados do SINASC (TabNet e TabWin) CALDAS, SANTOS e CARDOSO (2022).

Comparativo dos dados de mortalidade infantil RS e Brasil em 2023

No Brasil, vem-se observando um declínio na taxa de mortalidade em menores de 1 ano, com uma diminuição de 5,5% ao ano nas décadas de 1980 e 1990 e 4,4% ao ano desde 2002. Alguns autores atribuem essa queda, especialmente, a mudanças nas condições de saúde e vida da população. Além disso, a melhoria nos serviços da APS, que proporcionou maior acesso ao pré-natal e promoção do aleitamento materno, vacinação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida são fatores importantes nesse processo (MS, 2021).

Conforme os dados apresentados pelo DATASUS, no ano de 2023, o estado do RS apresentou uma **TMI de 9.68/mil**, menor portanto, que a taxa nacional de 12.62/mil. Em comparação com as demais unidades da federação, o RS está entre os dois estados que obtiveram as menores TMI do país, lembrando que este é um indicador de polaridade negativa, ou seja, quanto menor o valor, melhor o resultado. As TMI dos estados da federação estão descritas, conforme a **Figura 16**.

Figura 16 - Taxa de Mortalidade Infantil, por Unidade da Federação, Brasil, 2023.



Fonte: SINASC; SIM, 2023.

A **Tabela 22** apresenta o comparativo das TMI do Brasil e do RS em 2023, de acordo com o período em que ocorreu o óbito. Observa-se a maior taxa no período neonatal (0 - 27 dias), sendo o óbito no período neonatal precoce (0-6 dias) o mais prevalente em ambos, embora o estado apresente melhor desempenho se comparado com o Brasil.

Tabela 22 - Taxas de mortalidade infantil, Brasil e Rio Grande do Sul, por período, 2023.

Taxas de Mortalidade Infantil (TMI)/mil Nascidos Vivos, 2023					
Período	TMI Infantil (<1 ano)	TMI Neonatal (0-27 dias)	TMI Neonatal Precoce (0-6 dias)	TMI Neonatal Tardia (7-27 dias)	TMI Infantil Tardia (28-364 dias)
Brasil	12.62	8.5	6.28	2.23	4.11
RS	9.68	6.82	5.02	1.8	2.86

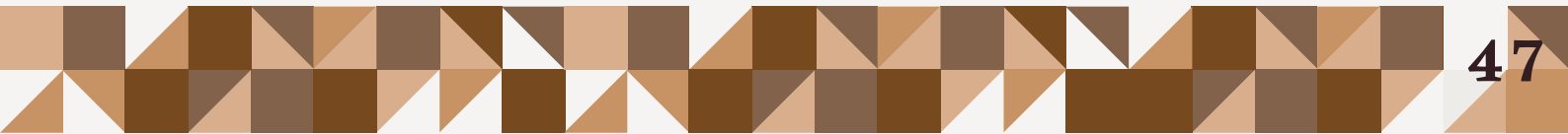
Fonte: SINASC; SIM, 2023.

Por outro lado, o RS acompanha o país nas principais causas de mortalidade infantil, como se observa na **Tabela 23**, com exceção da terceira maior causa de óbito infantil, que no estado é causas externas de morbidade e mortalidade, enquanto no Brasil encontramos empatadas na terceira posição as doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho respiratório.

Tabela 23 - Causas de Mortalidade Infantil, por local de residência, na faixa etária menor de 1 ano, por Capítulo da CID-10, Brasil, 2023.

Causas de Óbitos p/ Residência p/ Faixa Etária Menor 1A segundo Capítulo CID-10, 2023- Brasil	
Causas	%
XVI. Afecções originadas no período perinatal	54.6
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias congênitas	23.9
X. Doenças do aparelho respiratório	5.94
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4.19

Fonte: SIM, 2023.



Análise da mortalidade infantil no RS 2023

Observando-se as TMI do RS, ao longo de toda a série histórica, pode-se constatar que 2020 permanece sendo o ano com a menor TMI. Já, no ano de 2022, houve um aumento no número absoluto de óbitos em todas as causas, fazendo com que o RS retornasse aos patamares de taxas de mortalidade infantil anteriores à pandemia. Contudo, em 2023, houve diminuição da mortalidade na maioria das regiões do estado, indicando uma possível retomada da curva descendente do Indicador da taxa de mortalidade infantil.

Quanto à distribuição dos óbitos por macrorregião de saúde, desde o ano de 2016 as maiores taxas concentraram-se nas regiões Centro-oeste e Sul, entretanto em 2023, as maiores taxas foram observadas nas macrorregiões Sul e Vales 11.80 e 10.27 respectivamente. Por sua vez, nesse ano a macrorregião Centro-oeste apresentou uma taxa de 9.52 óbitos/mil, a menor em uma série histórica dos últimos 5 anos.

Com relação às causas de óbito, a análise de uma série histórica de 10 anos, mostra que no estado seguem se mantendo como as duas principais causas de mortalidade infantil respectivamente, Afecções Originadas no Período Perinatal e Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. Ainda que a principal causa de óbitos em menores de 1 ano de idade se concentre nas causas originadas no período perinatal, os números absolutos mostram uma significativa diminuição dos óbitos por essa causa a partir de 2020.

Ao analisarmos os óbitos considerando a idade materna, a taxa de gravidez na adolescência vem decrescendo em nosso estado, contudo, a TMI de filhos de mães adolescentes permanece elevada, sendo de 11,92 (119 óbitos para 9.980 nascimentos) entre mães de 15 a 19 anos e alcançando 25,48 óbitos/mil nascidos vivos (08 óbitos infantis e 314 nascimentos) na faixa etária de 10 a 14 anos, no último dado fechado de 2023.

Nesse sentido citamos o instrutivo Gravidez na adolescência no RS: desafios e potencialidades de intervenção e prevenção, produzido pela SES/RS, com destaque para o “Fluxo de atenção integral à saúde de gestantes abaixo de 14 anos e demais gestantes vítimas de violência sexual até 18 anos”. Outra importante estratégia da SES/RS é o “Vidas Alerta”, que se inicia com a observação do campo 19 - Idade (anos), na DNV e visa identificar mães abaixo de 14 anos, a partir do SINASC, para a adoção de ações oportunas de assistência à mulher e ao recém-nascido.

Ainda, fazendo referência aos fatores de risco para a mortalidade infantil, como a prematuridade e o baixo peso ao nascer, alguns dados chamam atenção, como a proporção de nascimentos prematuros, que no estado é 12.70%, porém no recorte raça/cor da mãe chega a 13.90% de prematuridade entre a raça/cor preta e 16.39% na indígena. O mesmo se repete no baixo peso ao nascer onde a maior proporção está entre os filhos de mães pretas e indígenas.

Ao se observar o recorte por raça/cor, nota-se que a mortalidade infantil indígena no RS apresentou uma redução significativa no número absoluto de óbitos em 2023. No entanto, os índices ainda permanecem elevados quando relacionados ao número de nascimentos e à vulnerabilidade inerente que historicamente afeta essa população. Um dos fatores que contribuíram para essa redução foi a atuação da Força-Tarefa Indígena na Macrorregião Norte, realizada pela SES/RS em 2022, a qual intensificou ações de atenção e de vigilância em saúde voltadas especificamente às comunidades indígenas. Estudo específico para mortalidade infantil indígena, publicado em 2019, mostrou que no Brasil como um todo as mortes de crianças menores de um ano foram 60% mais frequentes entre as indígenas, comparadas às demais crianças (razão de **TMI = 1.60; $p < 0.01$**).

Da mesma forma, a probabilidade de morte de crianças menores de um ano foram mais expressivas para domicílios indígenas em relação aos não indígenas em todos os estratos de distribuição proporcional de indígenas nas microrregiões do Brasil, variando de **21.1/mil NV** em microrregiões onde **3.0 a 4.9%** da população era indígena a **26.9/mil NV** em microrregiões onde **10%** ou mais da população era indígena (MARINHO, et al., 2019).

Cabe ressaltar que em todos os recortes analisados, a redução da mortalidade infantil, principalmente em seu componente neonatal que permanece sendo predominante tanto em 2023 quanto em 2024 (dados preliminares), se constitui em um desafio ainda presente. Esses óbitos estão associados a fatores biológicos, socioeconômicos e, principalmente, à assistência à gestante e ao recém-nascido. Portanto, o planejamento para a sua redução perpassa a melhoria na atenção à gestante em todo o ciclo gravídico e assistência adequada ao recém-nascido, além da identificação de situações de vulnerabilidade para que se possa elaborar estratégias direcionadas à redução de iniquidades. Assim, para além da atenção à saúde integral da gestante, é importante que a família seja acompanhada de forma intersetorial.

Óbitos Fetais

A mortalidade fetal partilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida. Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis. No entanto, têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e tampouco destinaram investimentos específicos para a sua redução (Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e Comitês de Prevenção, 2009).

Óbito fetal, conceito (MS): Natimorto ou óbito fetal é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Taxa de mortalidade fetal, conceito (MS)

Número de óbitos fetais (ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm) por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.



Método do Cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos fetais} \\ \text{(22 semanas de gestação e mais)*, de mães residentes}}{\text{Número de nascimentos totais de mães residentes} \\ \text{(nascidos vivos + óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação)}} \times 1.000$$

*CONSIDERANDO A SUBNOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS FETAIS E A PRECARIEDADE DA INFORMAÇÃO DISPONÍVEL SOBRE A DURAÇÃO DA GESTAÇÃO, RECOMENDA-SE SOMAR, TANTO AO NUMERADOR COMO AO DENOMINADOR, O NÚMERO DE ÓBITOS FETAIS COM IDADE GESTACIONAL IGNORADA OU NÃO PREENCHIDA.

Mortalidade Fetal no RS em 2023

Segundo dados do TABNET/DATASUS, o número absoluto de óbitos fetais no RS, independente da duração da gestação, tem apresentado tendência de redução nos últimos dez anos, passando de 1.189 em 2013 para 970 em 2023.

No ano de 2023 a taxa de mortalidade fetal estadual foi 7.24/mil nascimentos. Cabe ressaltar que a taxa estadual foi menor que a taxa nacional de 9.32/mil no mesmo ano (DATASUS). As causas de óbitos fetais, como já foi mencionado, assemelham-se às causas de mortalidade infantil, especialmente à neonatal precoce.



Dentre as principais causas de óbito fetal no ano de 2023, de acordo com dados do SIM, estão as afecções originadas no período perinatal com 775 casos (87.87%), dessas a maioria devido à fatores maternos e complicações da gravidez, trabalho de parto e parto com 398 casos (51.35%); na segunda posição as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas com 90 casos (10.2%) e na terceira posição as doenças infecciosas e parasitárias (1.93%), sendo a sífilis congênita a causa da totalidade desse grupo (17 casos).

Investigação do óbito infantil e fetal

A investigação do óbito é uma atribuição do município e, de forma complementar, dos estados. É importante observar o prazo de 120 dias para que os municípios concluem o processo de investigação do óbito, expresso na Portaria nº 72/2010. Salienta-se que os serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) devem colaborar fornecendo as informações solicitadas pelas equipes de saúde designadas para a realização da investigação. As investigações não concluídas dentro do prazo, ainda que tardiamente, podem ser inseridas no SIM federal.

Na Tabela 21 é possível observar os percentuais de investigação dos óbitos por grupo etário, em nível estadual, entre 2018 e 2023.

Tabela 24 - Percentual de Investigação do Óbito Infantil e Fetal, por Faixa Etária, RS, 2018 - 2023.

Grupo Etário	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Fetal	92.62	86.32	83.19	87.56	84.62	87.63
Neonatal precoce	92.61	91.00	84.98	90.21	88.98	89.14
Neonatal tardia	95.68	90.79	86.12	91.76	86.87	86.64
Neonatal	93.47	90.94	85.30	90.67	88.36	88.48
Pós-neonatal	96.82	89.83	88.42	92.11	86.72	88.73
Infantil	94.39	90.62	86.02	91.04	87.86	88.56
Fetal e Infantil	93.56	88.77	84.65	89.39	86.44	88.14

Fonte: Painel de Monitoramento do Óbito Infantil e Fetal. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2023.

Ao longo da série histórica acima observa-se, uma oscilação nos percentuais, porém com tendência a estabilidade no quantitativo dos casos investigados, proporcionalmente aos casos notificados no SIM Federal, por faixa etária. Observa-se na **Tabela 25** percentuais de investigação consideravelmente baixos em determinadas Regiões de Saúde. Por outro lado, é importante ressaltar que um percentual alto de investigação de óbitos de um determinado município e/ou região, nem sempre é sinônimo de qualidade no que se refere às informações obtidas ou ao completo preenchimento das fichas de investigação.

Ao analisar as sínteses inseridas no SIM, constata-se, em certos casos investigados, lacunas relacionadas à informações de assistência à gestante e ao recém-nascido, prejudicando, dessa forma, a identificação de fatores, a discussão e o planejamento de estratégias e ações que objetivam evitar novos óbitos infantis e fetais.

Tabela 25 - Distribuição locorregional do percentual de óbitos infantis e fetais investigados, RS, 2023.

Macrorregião	CRS	Região de Saúde	Investigados	Total Óbitos	(%)
Centro-Oeste	4ª - Santa Maria	Região 01 - Verdes Campos	43	70	61.43
		Região 02 - Entre Rios	11	21	52.38
	10ª - Alegrete	Região 03 - Fronteira Oeste	96	99	96.97
Metropolitana	1ª - Porto Alegre	Região 06 - V. Paranhana e Costa Serra	33	56	58.93
		Região 07 - Vale dos Sinos	159	173	91.91
		Região 08 - Vale do Caí e Metropolitana	111	120	92.50
		Região 09 - Carbonífera e Costa Doce	54	77	70.13
		Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	339	365	92.88
	18ª - Osório	Região 04 - Belas Praias	36	40	90
Missioneira	9ª - Cruz Alta	Região 12 - Portal das Missões	25	25	100
		Região 11 - Sete Povos das Missões	60	62	96.77
		Região 14 - Fronteira Noroeste	39	45	86.67
	17ª - Ijuí	Região 13 - Diversidade	52	57	91.23
Norte	2ª - Frederico Westphalen	Região 15 - Caminho das Águas	28	41	68.29
	6ª - Passo Fundo	Região 17 - Planalto	77	86	89.53
		Região 18 - Araucárias	25	29	86.21
		Região 19 - Botucaraí	25	28	89.29
	11ª - Erechim	Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	35	42	83.33
	15ª - Palmeira das Missões	Região 20 - Rota das Produções	29	35	82.26
Serra	5ª - Caxias do Sul	Região 23 - Caxias e Hortências	104	104	100
		Região 24 - Campos de Cima da Serra	28	30	93.33
		Região 25 - Vinhedos e Basaltos	49	52	94.23
		Região 26 - Uva Vale	34	38	89.47

Fonte: Painel de Monitoramento do Óbito Infantil e Fetal. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Acesso em 23.04.2025. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>

Tabela 25 - Distribuição locorregional do percentual de óbitos infantis e fetais investigados, RS, 2023 - Continuação

Sul	3ª - Pelotas	Região 21 - Sul	142	164	86.59
	7ª - Bagé	Região 22 - Pampa	42	48	87.50
Vales	8ª - Cachoeira do Sul	Região 27 - Jacuí Centro	41	41	100
	13ª - Santa Cruz do Sul	Região 28 - Vale do Rio Pardo	69	69	100
	16ª - Lajeado	Região 29 - Vales e Montanhas	44	44	100
		Região 30 - Vale da Luz	21	21	100
Total Infantis + Fetais			1.887	2.141	88.14

Fonte: Painel de Monitoramento do Óbito Infantil e Fetal. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Acesso em 23.04.2025. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>

Reitera-se que a investigação de óbitos é parte fundamental da Vigilância do Óbito Infantil, pois é a partir dela que se confirmam ou não as causas informadas na Declaração de Óbito. Além disso a busca por informações detalhadas sobre os eventos que levaram a esse desfecho, auxilia na determinação de sua evitabilidade, proporcionando aos gestores e profissionais de saúde a oportunidade de sanar eventuais falhas ou lacunas identificadas nos fluxos de atendimento e pontos da Rede de Atenção em Saúde (RAS) tornando a investigação ainda mais relevante.

Assim, além da qualificação das informações registradas nos sistemas de banco de dados, as análises, conclusões e recomendações resultantes da investigação do óbito auxiliam no desenvolvimento de estratégias para a redução da mortalidade infantil e fetal. Nesse sentido, além do Comitê Estadual (CEPEMMIF) os Comitês Regionais de Prevenção e Enfrentamento da Mortalidade Materna Infantil e Fetal, precisam ser instituídos em nível locorregional e constantemente fortalecidos pela gestão.

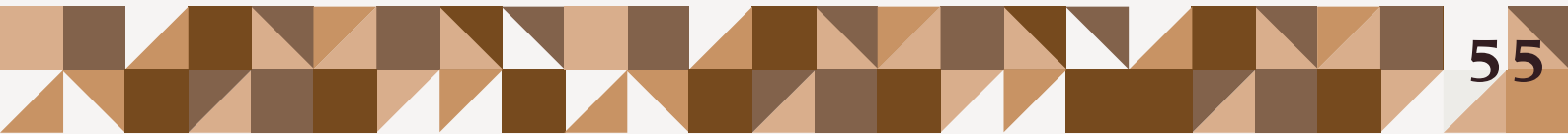
Dados preliminares de mortalidade infantil 2024

Segundo dados preliminares do Painel Mortalidade e Nascidos vivos do BI/SES/RS em 2024 tivemos no estado, 1.125 óbitos infantis e 111.779 nascimentos, resultando em uma taxa preliminar de **10.06 óbitos/1.000 NV**, conforme se observa na **Tabela 26**.

Tabela 26 - Número absoluto de nascimentos, óbitos e taxa de mortalidade infantil preliminar, por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2024*.

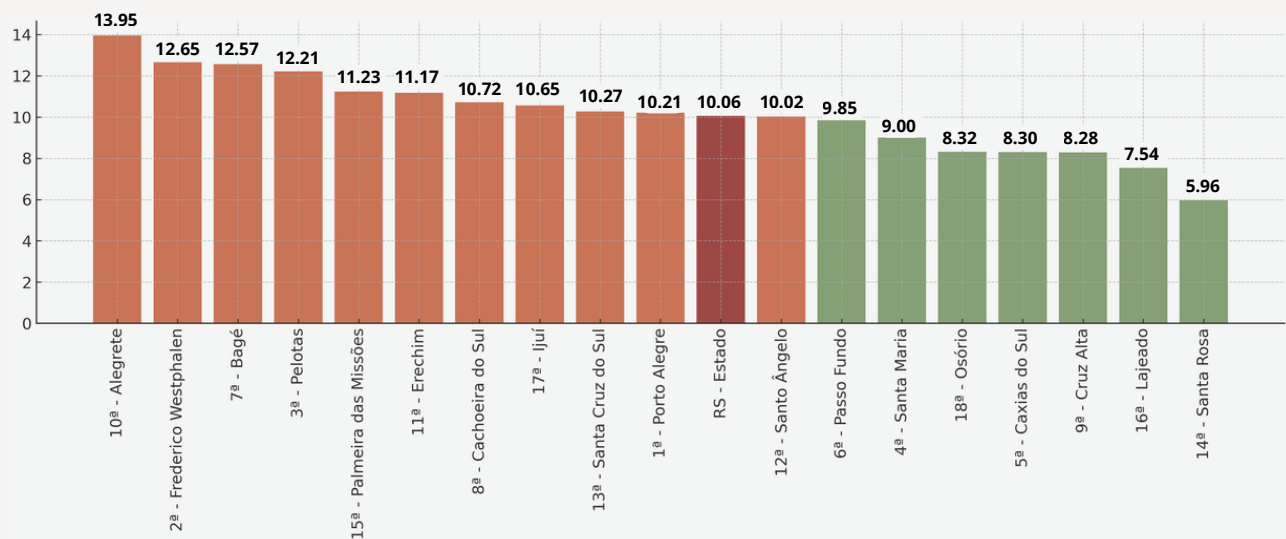
CRS	Nascidos Vivos	Óbitos	TMI*
1ª - Porto Alegre	43.206	441	10.21
2ª - Frederico Westphalen	2.213	28	12.65
3ª - Pelotas	7.536	92	12.21
4ª Santa Maria	5.109	46	9
5ª - Caxias do Sul	12.774	106	8.3
6ª - Passo Fundo	7.408	73	9.85
7ª - Bagé	1.909	24	12.57
8ª - Cachoeira do Sul	1.772	19	10.72
9ª - Cruz Alta	1.329	11	8.28
10ª - Alegrete	4.731	66	13.95
11ª - Erechim	2.418	27	11.17
12ª - Santo Ângelo	2.895	29	10.02
13ª - Santa Cruz do Sul	3.504	36	10.27
14ª - Santa Rosa	2.348	14	5.96
15ª - Palmeira das Missões	1.870	21	11.23
16ª - Lajeado	3.848	29	7.54
17ª - Ijuí	2.462	26	10.56
18ª - Osório	4.446	37	8.32
RS	111.779	1.125	10.06

Fonte: BI/DGTI/SES/RS - SIM/SINASC. 2024* Dados Preliminares. Acesso em 05.05.2025



De acordo com a pactuação estadual, a meta para 2024 é de até 9.8 óbitos para cada mil nascimentos. Preliminarmente o RS se apresenta acima da meta pactuada, conforme a **Figura 17**.

Figura 17- Taxa de Mortalidade Infantil, por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2024*.



Fonte: BI/DGTI/SES/RS - SIM/SINASC, 2024.

Ao observarmos a **Tabela 27**, constata-se que a maioria dos óbitos neonatais segue se concentrando na faixa etária entre 0 e 6 dias de vida da criança (óbitos neonatais precoces). Esses óbitos estão fortemente relacionados às lacunas na assistência pré-natal e perinatal, identificadas durante as investigações dos óbitos infantis.

Tabela 27 - Óbito infantil por faixa etária, RS, 2023-2024*.

	2023		2024*	
Faixa Etária	Casos	Proporção	Casos	Proporção
0 a 6 dias	608	51.92%	549	48.8%
7 a 27 dias	217	18.53%	254	22.58%
28 dias a 1 ano	346	29.55%	322	28.62%
Total	1.171	100%	1.125	100%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2023) BI/DGTI/SES/RS - SIM. (2024* preliminar)
Acesso em 05.05.2025.

Causas da mortalidade Infantil em 2024 - preliminar

Dentre as causas do ano de 2024, 606 óbitos, ou seja 53,91% do total de óbitos são relacionados às causas perinatais, isto é, agravos ocorridos desde a 22ª semana de gestação até a primeira semana de vida da criança, vinculados às condições maternas, do feto, da duração da gestação ou intercorrências no trabalho de parto, parto e pós parto. As malformações congênicas e anomalias cromossômicas somam 324 óbitos (28,77%) e em terceiro lugar estão as causas externas de morbidade e mortalidade, 57 óbitos (5,06%), conforme descrito detalhadamente na **Tabela 28**.

Tabela 28: Causas de mortalidade infantil CID-10, RS, 2024*.

Causas do Óbito Infantil	Nº	%
1- XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	606	53,73
Fatores maternos e complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	206	33,94
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	168	27,68
Infecções específicas do período perinatal	86	14,17
Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	54	9,06
Transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido	44	7,25
Outros transtornos originados no período perinatal	19	3,13
Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido	17	2,80
Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido	9	1,48
Afecções comprometendo o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido	2	0,33
Traumatismo de parto	1	0,16
2- XVII. Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	324	28,77
Malformações do aparelho circulatório	140	44,21
Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	55	16,98
Outras malformações congênicas	27	8,33
Malformações do sistema nervoso	27	8,33
Malformações do aparelho respiratório	27	8,33
Malformações e deformidades do sistema osteomuscular	22	6,79
Malformações congênicas do aparelho urinário	16	4,94
Outras malformações congênicas do aparelho digestivo	9	2,78
Fenda labial e fenda palatina	1	0,31

Fonte: BI/DGTI/SES/RS - SIM/SINASC. Acesso em 05.05.2025

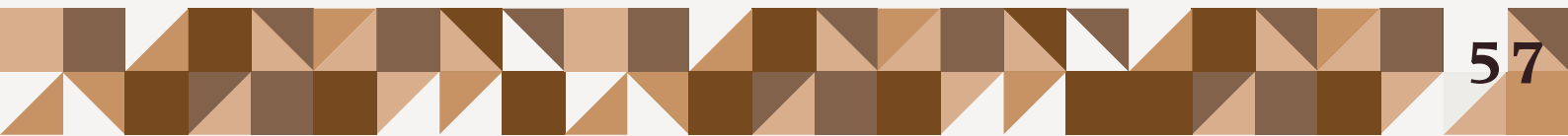
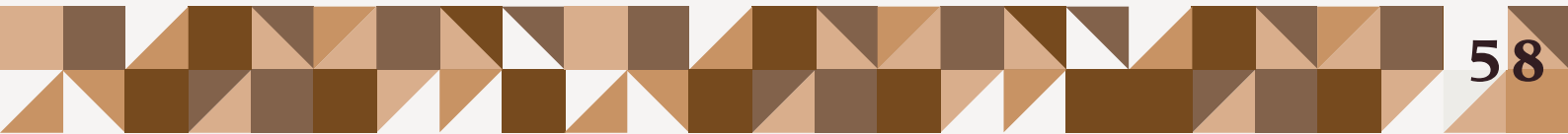


Tabela 28: Causas de mortalidade infantil, RS, 2024* preliminar. - Continuação

3- XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	57	5,06
Outros riscos acidentais à respiração	44	77,19
Eventos de intenção indeterminada	9	15,79
Pedestre traumatizado em acidente de transporte	1	1,75
Ocupante de um automóvel em acidente de transporte	1	1,75
Exposição às forças da natureza	1	1,75
Afogamento e submersão acidentais	1	1,75
4- X. Doenças do aparelho respiratório	39	3,46
Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	17	43,59
Influenza (gripe) e pneumonia	12	30,77
Doenças pulmonares devidas a agentes externos	4	10,26
Outras doenças do aparelho respiratório	2	5,13
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	2	5,13
Outras doenças respiratórias do interstício	1	2,56
Outras doenças da pleura	1	2,56
5- XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais	36	3,20
Causas mal definidas e desconhecidas	32	88,89
Sinais gerais	3	8,33
Sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	1	2,78
6- I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	26	2,31
Outras doenças bacterianas	11	42,31
Infecções de transmissão predominantemente sexual	8	30,77
Doenças infecciosas intestinais	6	23,08
Tuberculose	1	3,85
Outras	35	3,47
Total	1125	100

Fonte: BI/DGTI/SES/RS - SIM/SINASC, 2024. *Dados preliminares.



Ao realizarmos uma análise comparativa das causas de óbito de 2023 e 2024*, podemos observar que se mantém em ambos os anos, como primeira causa, os óbitos ocorridos por Afecções Originadas no Período Perinatal, totalizando 55,5% em 2023 e 53,291% . Historicamente essa é a principal causa de óbitos infantis, porém podemos observar a redução em números absolutos, onde em 2024 preliminarmente temos 45 óbitos a menos por fatores relacionados ao período perinatal quando comparado com 2023. Em segundo lugar permanecem as Malformações Congênitas e Anomalias Cromossômicas com 28,2,% em 2023 e 28,77% em 2024 e como terceira causa de óbitos aparecem as Causas Externas de Morbidade e Mortalidade com 48 óbitos (4,10%) em 2023 e em 2024 57 óbitos (5,06%).

No que se refere a óbitos por doenças infecciosas e parasitárias observamos, dentro desse grupo, uma redução dos óbitos causados por Sífilis Congênita, com 12 casos em 2023 e 8 em 2024, preliminarmente. Já no grupo das Doenças Respiratórias se mantiveram estáveis, com 17 casos de Bronquiolite em 2023 e 2024.

Considerações Finais

A Secretaria Estadual de Saúde/RS, mantém, desde março de 2021, encontros de discussão loco regional dos casos de óbitos infantis e fetais. Os encontros são coordenados pela Política de Saúde da Criança/Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida/DAPPS/SES/RS, com a participação de profissionais da gestão e da assistência envolvidos direta e indiretamente nas situações cujo desfecho foi o óbito, incluindo profissionais das equipes da SES/RS (da Divisão de Atenção Primária em Saúde, da Política de Saúde da Mulher, da Gestão Estadual do SIM/NIS, do Primeira Infância Melhor e Coordenadorias Regionais de Saúde) e de Serviços de Saúde dos locais onde ocorreram os óbitos.

Entre as estratégias e ações para a redução e prevenção dos óbitos evitáveis está a atuação do Comitê Estadual de Prevenção e Enfrentamento da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CEPEMMIF), instituído pelo Decreto Estadual Nº 55.994 de 14 de julho de 2021. O objetivo principal do Comitê Estadual é a realização de análises ampliadas e detalhadas das investigações dos óbitos infantis e fetais, a fim de possibilitar a busca por soluções possíveis, por meio de ações coordenadas e articulações conjuntas.

Ações de prevenção como a aplicação do imunobiológico Palivizumabe, em conformidade com a NOTA TÉCNICA CONJUNTA nº 01/2025 – DAPPS/SES e DEAF/SES-RS para crianças prematuras que atendem critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, bem como o monitoramento das doses aplicadas por criança permite garantir o acesso ao medicamento de forma oportuna prevenindo o Vírus Sincicial Respiratório, uma das principais causas de internação em menores de 2 anos.

Neste ano de 2025 está sendo disponibilizada consulta pública para a atualização da Nota Técnica de Assistência à Saúde de Crianças de 0 a 2 anos na Atenção Primária, com o objetivo de fomentar o uso de protocolos no cuidado à criança de 0 a dois anos. Outra estratégia desenvolvida em âmbito estadual é o novo ciclo da Rede Bem Cuidar – RBC no Ciclo 2025 que contemplará o Eixo Puerpério/ Recém-nascido com ações a serem desenvolvidas pela Equipe RBC/RS, monitoradas via registros no SISAB e avaliadas via SisRBC. Entre as ações monitoradas estão: Consulta de puericultura até 7 dias de vida com verificação da situação vacinal e a Visita domiciliar para acompanhamento do recém-nascido.

Ainda, enquanto estratégias intersetoriais junto à Atenção Primária à Saúde (APS), o Primeira Infância Melhor contribui para o fortalecimento do cuidado à criança nos territórios. Através de visitas domiciliares, oferece orientações às famílias e promove a articulação em rede. Como parte de suas ações de qualificação, a política disponibiliza às equipes da APS e do PIM um curso online sobre vigilância e promoção do desenvolvimento integral infantil. Recentemente, também lançou uma cartilha voltada à atenção da puérpera e do recém-nascido no âmbito do PIM.

O presente Boletim se constitui em uma importante ferramenta para os gestores, pois permite a análise de variáveis que consideram a existência de iniquidades como a taxa de mortalidade infantil de crianças filhas de mães indígenas, a alta prematuridade entre a raça/cor autodeclarada preta e indígena, além de fatores como a idade materna e distribuição geográfica dos óbitos. Este documento oportuniza aos gestores elencar prioridades abordando as causas subjacentes das iniquidades refletidas nos dados apresentados e que frequentemente incluem acesso limitado a cuidados oportunos e adequados de saúde.

Assim, o trabalho contínuo de monitoramento e análise, a partir dos dados apresentados que perpassam desde as proporções de prematuridade e baixo peso ao nascer, ambos fatores de risco devido às complicações que podem resultar em mortalidade infantil especialmente no componente neonatal, até a análise das taxas de mortalidade infantil e fetal com todas as suas variáveis, apontam necessidades e indicam quais ações são prioritárias para a gestão no que se refere à organização da Rede de Atenção à Saúde, buscando contemplar os princípios de equidade, universalidade e integralidade.



Referências

AS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. As Nações Unidas no Brasil. [S.l.]: [s.n.], [s.d.]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br>.

BAHAMONDES, L. et al. Maternal health among Venezuelan women migrants at the border of Brazil. BMC Public Health, v. 20, n. 1, 23 nov. 2020.

BOHREN, M. et al. Optimising the use of caesarean section: a generic formative research protocol for implementation preparation. Reproductive Health, v. 16, n. 170, nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/a/atencao-a-gestante-a-operacao-cesariana-diretriz>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Vigilância da Gripe [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

CALDAS, A. D. R.; SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M. Iniquidades étnico-raciais na mortalidade infantil: implicações de mudanças do registro de cor/raça nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2022. DOI: 10.1590/0102-311X00101721.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. dos S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 1, 2020. DOI: 10.1590/01002-311X00188718.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Estudos Feministas, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. DOI: 10.1590/s0104-026x2002000100011.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Série Orientações e Recomendações FEBRASGO. n. 8, 2017.

INDICATOR METADATA REGISTRY DETAILS. [S.l.]: [s.n.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/26>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2022. [S.l.]: IBGE, 2022.

KORKES, H. A. et al. Pré-eclâmpsia: Protocolo 2025. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025. Disponível em: <https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2025/04/Protocolo-RBEHG-2025-PDF-2.pdf>.

MARINHO, G. L.; BORGES, G. M.; PAZ, E. P. A.; SANTOS, R. V. Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 1, p. 57–63, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0646.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/maio/ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>.

PAINEL DE MONITORAMENTO DA MORTALIDADE INFANTIL E FETAL. [S.l.]: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>.

PAINEL DE MONITORAMENTO DA MORTALIDADE MATERNA. [S.l.]: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>.

PROCERGS. Resolução CIB nº 050/22 - Secretaria da Saúde - Publicação no Diário Oficial do Rio Grande do Sul. [S.l.]: PROCERGS, [s.d.]. Disponível em: <https://diariooficial.rs.gov.br/materia?id=912550>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação/Portal BI [Internet]. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida. Política de Saúde de Adolescentes. Gravidez na adolescência no RS: desafios e potencialidades de intervenção e prevenção 2024. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2024. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202410/09132016-instrutivo-gravidez-na-adolescencia-no-rs-2024.pdf>.

RODRIGUES, A.; LACERDA, L.; FRANCISCO, R. P. V. Brazilian Obstetric Observatory. arXiv preprint, arXiv:2105.06534, 2021.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Protocolo Estadual de Prevenção e Manejo da Hemorragia Puerperal: Conceitos e Ações. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/23163813-cibr237-22.pdf>.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Guia do Pré-natal e Puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS) 2024. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2024. Disponível em: <https://admin.atencaobasica.rs.gov.br/upload/arquivos/202404/25124004-guia-do-pre-natal-2024.pdf>.

SECRETARIA DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico do Estado do Rio Grande do Sul: Mortalidade Materna, Infantil e Fetal 2024. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde, Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde, Divisão de Políticas dos Ciclos de Vida, Política de Saúde da Mulher, Política de Saúde da Criança.