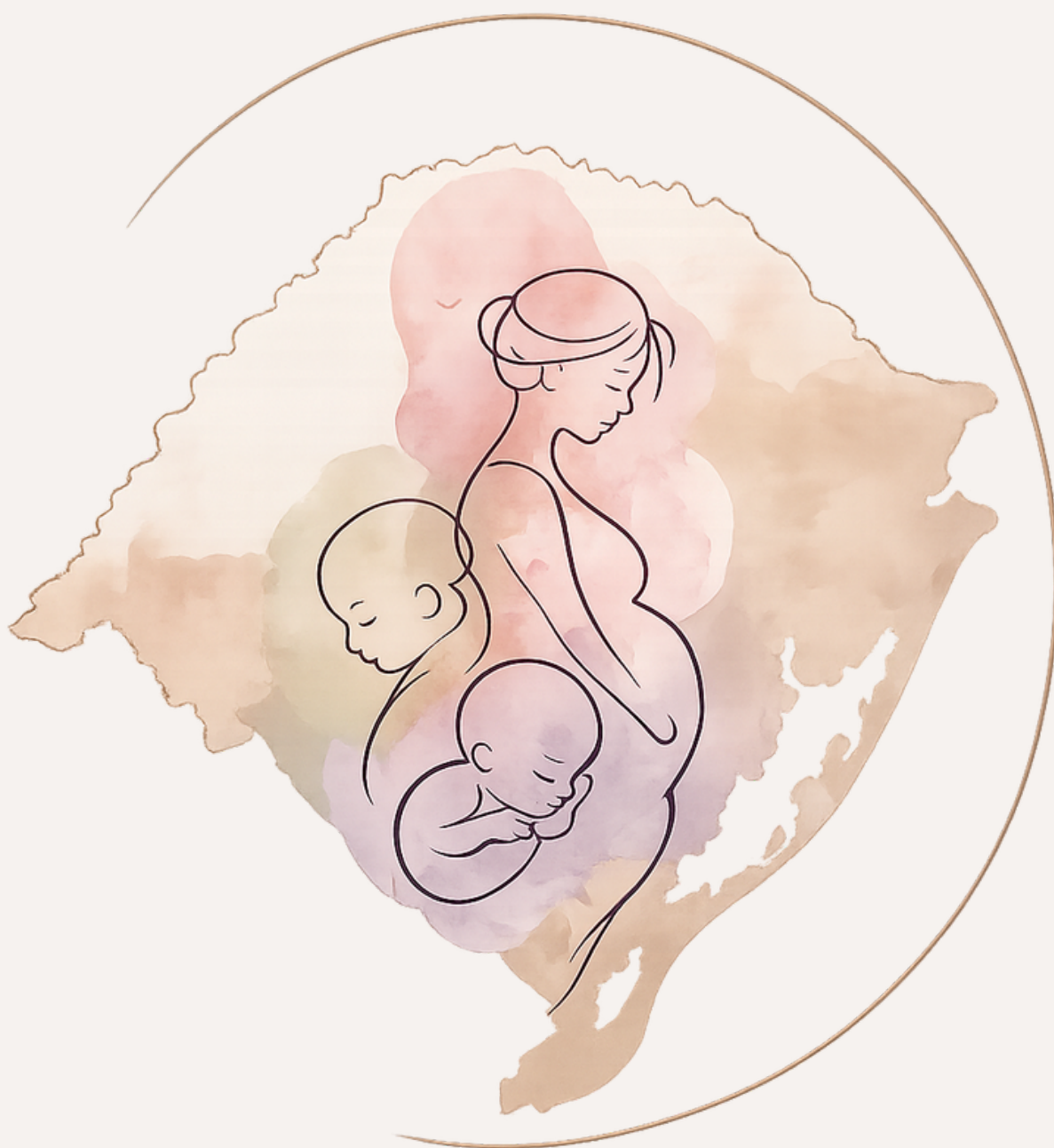


BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Mortalidade Materna, Infantil e Fetal 2026



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Mortalidade Materna, Infantil e Fetal 2026

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

**Discussão de dados de base fechada do Sistema de
Informação sobre Mortalidade (SIM) do ano de 2024 e dados
preliminares de 2025**

Porto Alegre
2026

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 2026 / Alexandra de Lima Diniz, Andrea Leusin de Carvalho, Camila Bonalume Dall Aqua, Cíntia Wyzykowski, Karen Chisini Coutinho Lutz, Kimberly Bueno, Paulo Sergio da Silva Mario (organizadores) - Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2026.

- Atenção Primária à Saúde 2. Mortalidade Materna 3. Mortalidade Infantil 4. Mortalidade Fetal I. Diniz, Alexandra de Lima (org.) II. Carvalho, Andrea Leusin de (org.) III. Dall Aqua, Camila Bonalume (org.) IV. Wyzykowski, Cíntia (org.) V. Lutz, Karen Chisini Coutinho (org.) VI. Bueno, Kimberly (org.) VII. Mario, Paulo Sergio da Silva (org.).

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://atencaoprimaria.rs.gov.br>

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



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

Lisiane Wasem Fagundes

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

Fernanda Barreto Mielke

Coordenação da Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida

Rosângela Machado Moreira

Elaboração

Política de Saúde da Mulher:

Camila Bonalume Dall Aqua

Kimberly Bueno

Paulo Sergio da Silva Mario

Política de Saúde da Criança:

Alexandra de Lima Diniz

Andrea Leusin de Carvalho

Cíntia Wyzykowski

Divisão de Monitoramento, Avaliação e Articulação de Redes de Atenção:

Karen Chisini Coutinho Lütz

Colaboradores:

Bruna Campos de Cesaro

Carine Teresa Zambonato Ecco

Claudio Renato dos Santos Souza

Gisele Cristina Tertuliano

Guilherme de Souza Müller



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



Apresentação

Nesta edição do Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do estado do Rio Grande do Sul (RS) são apresentados os dados sobre os óbitos maternos, infantis e fetais ocorridos no ano de 2024, bem como dados preliminares de 2025. Produzido pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) através do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS), o Boletim objetiva subsidiar os profissionais de saúde, especialmente médicos(as); enfermeiros(as) e gestores de saúde para o desenvolvimento de ações efetivas para redução da mortalidade, com implementação de estratégias de enfrentamento e prevenção da ocorrência de óbitos evitáveis que seguem sendo um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo.

Apresenta-se uma análise dos dados mais recentes da mortalidade materna, contemplando a série histórica no estado, o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres que evoluíram para óbito materno, assim como a identificação das principais causas registradas, permitindo não apenas dimensionar o problema ao longo do tempo, mas também reconhecer padrões importantes para a vigilância em saúde. Essa análise é articulada à avaliação do percurso assistencial na rede de atenção à saúde, considerando gestação, parto, aborto e puerpério, com olhar para as iniquidades sociais e raciais associadas ao desfecho materno. A partir disso, reforça-se a importância de estratégias como o planejamento reprodutivo, a estratificação de risco obstétrico e a educação permanente para os profissionais de saúde.

No que se refere à mortalidade infantil, apresenta-se uma análise da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Rio Grande do Sul, contemplando a série histórica do estado, o perfil dos nascidos vivos e dos óbitos infantis ocorridos em 2024, bem como a identificação das principais causas registradas. A análise permite dimensionar o comportamento do indicador ao longo do tempo e reconhecer fatores relevantes para a vigilância em saúde. Observa-se que, embora o Rio Grande do Sul apresente uma das menores taxas de mortalidade infantil do país, persistem desigualdades importantes relacionadas às condições de vida, ao acesso aos serviços de saúde e às iniquidades raciais e territoriais.

Entre as principais causas de óbito infantil em 2024, destacam-se as afecções originadas no período perinatal e as malformações congênitas, com predominância dos óbitos no componente neonatal, especialmente nos primeiros dias de vida. Nesse contexto, reforça-se a importância da qualificação da atenção pré-natal, ao parto, nascimento e assistência neonatal, bem como da vigilância e investigação dos óbitos infantis e fetais, como estratégias fundamentais para prevenção de mortes evitáveis e redução das desigualdades em saúde.

Sumário

Mortalidade Materna

Mortalidade Materna	06
Série Histórica da Mortalidade Materna	07
Descrição dos Dados da Mortalidade Materna em 2024	09
Desastre Climático no Rio Grande do Sul	12
Perfil Sociodemográfico e Obstétrico das Mulheres que Evoluíram a Óbito Materno	14
Causas de Óbitos Maternos no Rio Grande do Sul	18
Assistência à Saúde: pré-natal, aborto, parto e puerpério	22
Investigação de Óbitos Maternos	25
Iniquidades Sociais e Raciais Associadas à Mortalidade Materna	26
Análise da Mortalidade Materna em 2024	29
Descrição dos Dados Preliminares da Mortalidade Materna em 2025	33
Considerações Finais	36

Mortalidade Infantil

Mortalidade Infantil	38
Perfil dos nascidos vivos no Rio Grande do Sul	39
Série histórica da Mortalidade Infantil no RS	45
Dados da mortalidade infantil 2024	48
Perfil dos Óbitos Infantis 2024	54
Comparativo dos dados de mortalidade infantil RS e Brasil em 2024	59
Análise da mortalidade infantil no RS 2024	61
Óbitos Fetais	63
Mortalidade Fetal no RS em 2024	64
Investigação do óbito infantil e fetal	65
Dados preliminares de mortalidade infantil 2025	68
Causas da mortalidade Infantil em 2025 - preliminar	70
Considerações Finais	73

Mortalidade Materna

A mortalidade materna consiste no óbito de uma pessoa que ocorre **durante a gestação, o parto ou até 42 dias após o desfecho gestacional**, causado por qualquer fator relacionado ou agravado pela gestação ou seu manejo, exceto causas acidentais ou incidentais (Brasil, 2009).

Morte Materna Obstétrica

Direta

Resulta de **complicações obstétricas da gestação, parto ou puerpério** devido a omissões, intervenções ou tratamentos inadequados.

Indireta

Resulta de **doenças pré-existentes ou que surgiram na gestação** agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, não provocadas por causas diretas.

Morte Materna Não Obstétrica

Resulta de **causas acidentais ou incidentais**, ou seja, não relacionadas à gestação e seu manejo, como acidentes de transporte, suicídio e feminicídio. Assim, esses óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna.

Razão de Mortalidade Materna (RMM)

Indicador que expressa os óbitos maternos em relação ao número de nascidos vivos (NV), utilizado para **avaliar a qualidade da assistência à gestação, parto e puerpério** (Brasil, 2009).

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

Série Histórica da Mortalidade Materna

Analisar a **série histórica da mortalidade materna** no Rio Grande do Sul (RS) permite compreender o comportamento desse indicador e a qualidade da assistência obstétrica no estado. A Tabela 1 apresenta o número de óbitos maternos, nascidos vivos e a Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre 2020 e 2025.

Tabela 1 - Número de óbitos maternos, nascidos vivos e Razão de Mortalidade Materna, RS, 2020-2025*.

Ano	Nº Óbitos Maternos	Nº Nascidos Vivos	RMM por 100 mil NV
2020	54	130.742	41,30
2021	114	124.446	91,60
2022	46	120.942	38,03
2023	41	120.974	33,89
2024	53	111.988	47,32
2025*	36*	115.501	31,16*

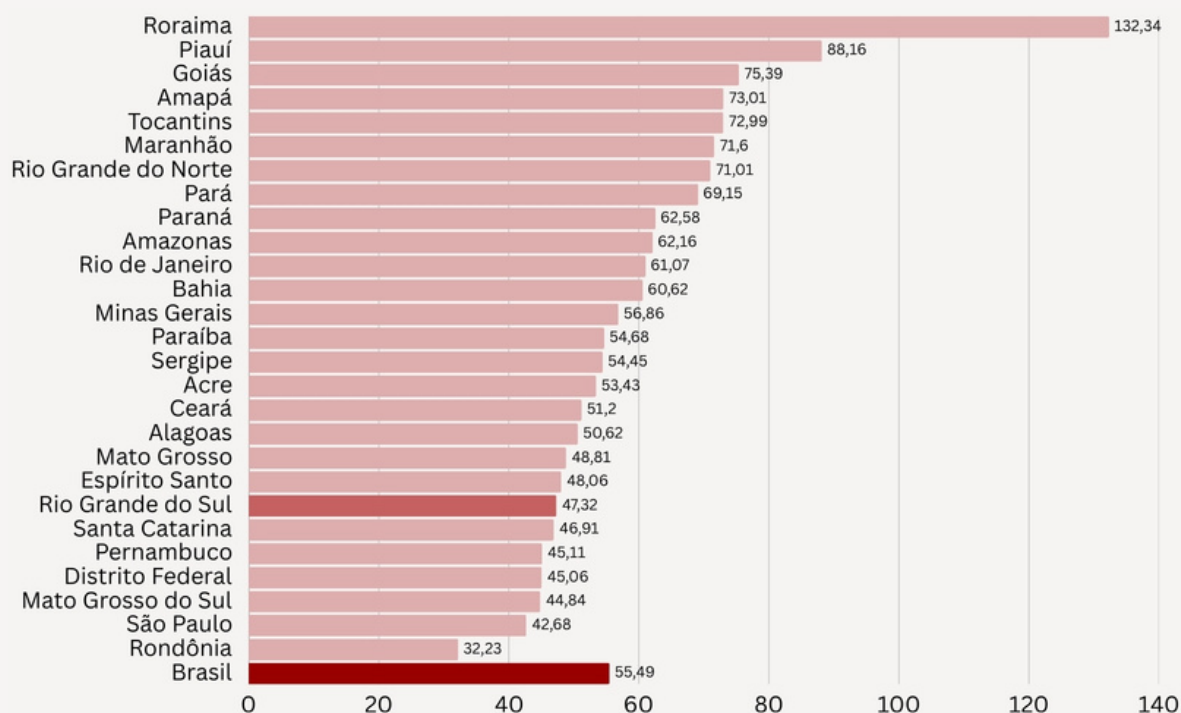
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2025; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2025. Não foi aplicado fator de correção para subregistro de óbitos maternos.

*Dados preliminares, sujeito a alteração.

Em 2020, foram registrados 54 óbitos maternos e RMM de 41,30 óbitos maternos/100 mil NV. Em 2021, observou-se agravamento expressivo, com 114 óbitos e RMM de 91,60, maior valor da série histórica, demonstrando os impactos da pandemia de COVID-19 à saúde materna e à organização dos serviços de saúde.

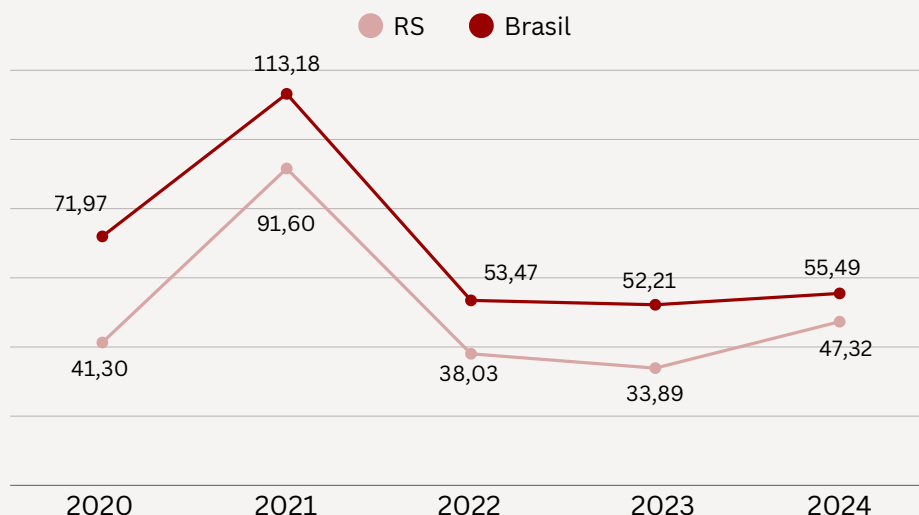
Nos anos subsequentes, verificou-se redução dos indicadores, com registro dos menores valores da série em 2022 e 2023. Entretanto, em 2024, ocorreu novo aumento, com 53 óbitos e RMM de 47,32 óbitos/100 mil NV, indicando que a melhora anteriormente verificada não se consolidou de forma sustentada. Para 2025, embora os dados sejam preliminares, o estado já contabiliza 36 óbitos e RMM de 31,16.

A Figura 1 complementa essa análise ao situar o RS no contexto nacional. Em 2024, o estado apresentou uma RMM inferior à média brasileira (55,49 óbitos/100 mil NV), posicionando-se em faixa intermediária entre as Unidades da Federação.

Figura 1 - Razão de Mortalidade Materna, por Unidade da Federação, Brasil, 2024.

Fonte: SIM, 2024; SINASC, 2024. Não foi aplicado fator de correção para subregistro de óbitos maternos.

Na sequência, a Figura 2 apresenta a **evolução temporal da RMM no RS e no Brasil** no período de 2020 a 2024, permitindo a comparação gráfica do comportamento desse indicador. A mortalidade materna em ambos os cenários sofreu expressivo aumento em 2021, apresentou redução nos anos subsequentes e voltou a crescer em 2024. Embora o RS permaneça abaixo da média nacional, observa-se diminuição da diferença entre os indicadores ao longo da série, especialmente no último ano analisado, sugerindo aproximação ao padrão nacional.

Figura 2 - Representação gráfica da Razão de Mortalidade Materna no RS e Brasil, 2020-2024.

Fonte: SIM, 2024; SINASC, 2024. Não foi aplicado fator de correção para subregistro de óbitos maternos à RMM no Brasil.

Descrição dos Dados da Mortalidade Materna em 2024

No que se refere à mortalidade materna no RS em 2024, o estado registrou 53 óbitos maternos e RMM de 47,32 por 100 mil NV, classificada na faixa de média mortalidade materna segundo os parâmetros da OMS (OMS, [s.d.]).

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos óbitos maternos e da RMM por **macrorregião de saúde**, segundo os parâmetros da OMS, [s.d.]. Observam-se maiores razões de mortalidade materna nos Vales (87,62), na Missioneira (55,31) e na Metropolitana (52,35), classificadas na faixa de alta mortalidade. Em contrapartida, a Serra apresentou a menor RMM (15,63), correspondente à faixa de baixa mortalidade. Esses resultados demonstram a heterogeneidade regional e sugerem diferenças no acesso aos serviços de saúde, na qualidade da assistência obstétrica e nas condições socioeconômicas.

Tabela 2 - Distribuição dos óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna, por Macrorregião de Saúde, conforme os parâmetros da OMS, RS, 2024.

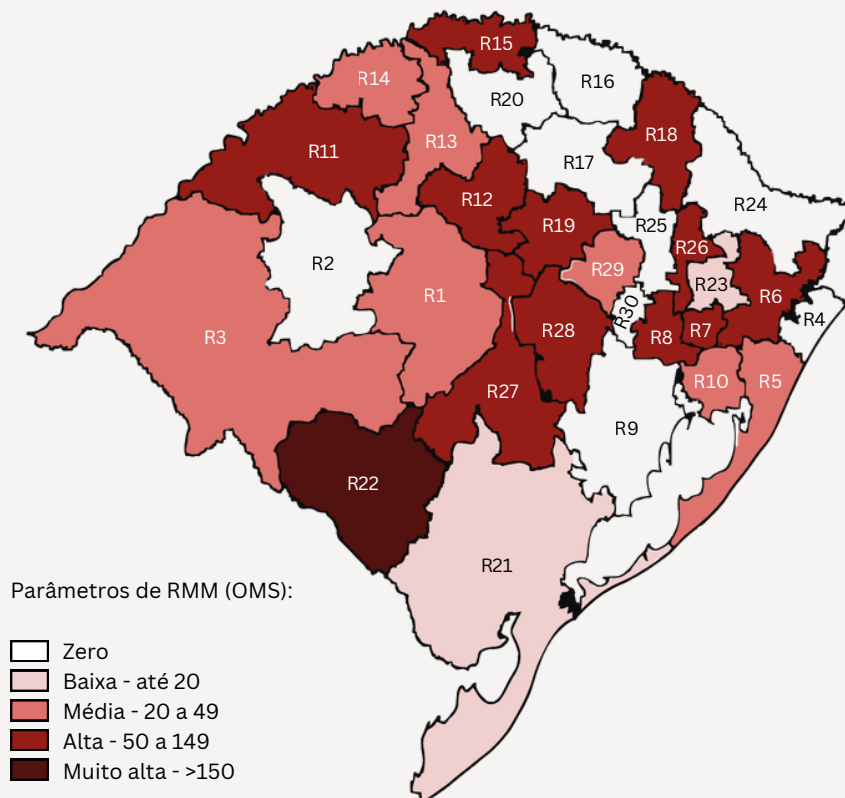
Macrorregião de Saúde	Nº Óbitos Maternos	RMM por 100 mil NV	Parâmetro OMS
Centro-Oeste	03	30,46	Média
Metropolitana	25	52,35	Alta
Missioneira	05	55,31	Alta
Norte	06	42,92	Média
Serra	02	15,63	Baixa
Sul	04	42,32	Média
Vales	08	87,62	Alta
RS	53	47,32	Média

Fonte: SIM, 2024; SINASC, 2024.

Ao realizar a análise nas **30 regiões de saúde** do estado segundo os parâmetros da OMS (Figura 4), observa-se que a R22 - Pampa se classificou na faixa de RMM muito alta, com 157,15 óbitos/100 mil NV. Em seguida, 11 regiões foram classificadas na faixa de alta mortalidade, correspondendo às regiões R6, R7, R8, R11, R12, R15, R18, R19, R26, R27 e R28.

Em contrapartida, 09 regiões de saúde não registraram óbitos maternos no período analisado: R2, R4, R9, R16, R17, R20, R24, R25 e R30. As demais regiões apresentaram razões classificadas entre as faixas de média e baixa mortalidade.

Figura 3 - Razão de Mortalidade Materna por Região de Saúde, conforme os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS), RS, 2024.



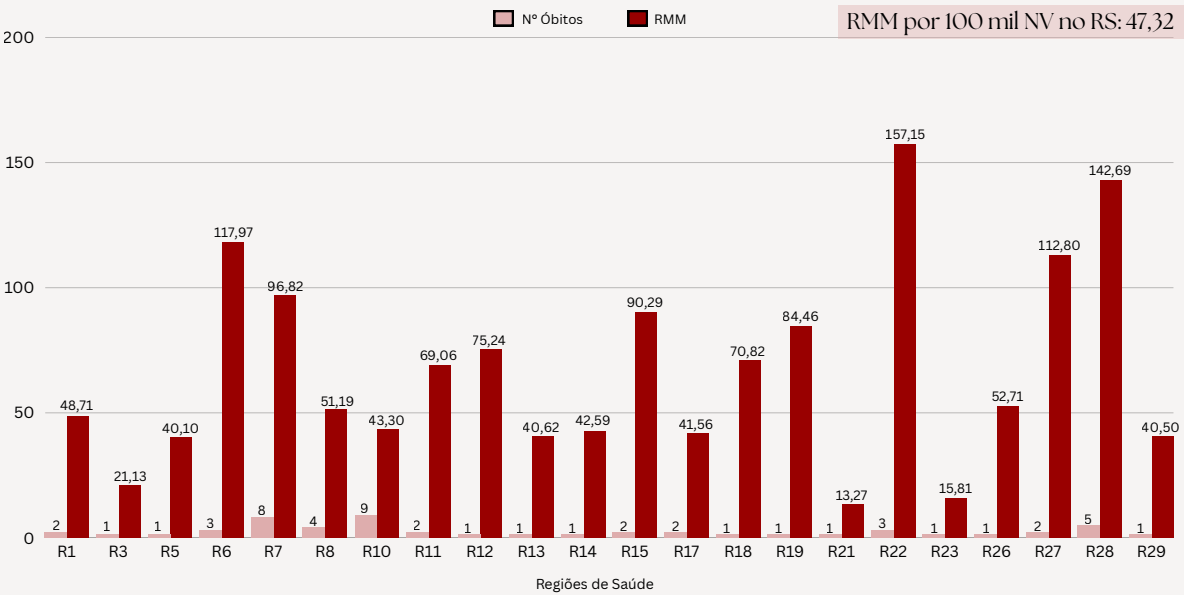
Fonte: SIM, 2024; SINASC, 2024.

Assim, as maiores RMMs foram observadas nas seguintes regiões:

- R22 - Pampa (157,15)
- R28 - Santa Cruz do Sul (142,69)
- R6 - Paranhana (117,97)
- R27 - Jacuí/Centro (112,80)
- R7 - Vale dos Sinos (96,82)

A Figura 4, por sua vez, permite analisar conjuntamente o **número absoluto de óbitos maternos e a RMM por região de saúde**. Observa-se que a R10 registrou o maior número absoluto de óbitos maternos, com 09 ocorrências, correspondendo a 17% do total estadual em 2024. Entretanto, nota-se que regiões com maior concentração de óbitos nem sempre apresentaram as maiores RMM, evidenciando a importância da análise conjunta de ambos os indicadores.

Figura 4 - Distribuição do número absoluto de óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna por Região de Saúde, RS, 2024.



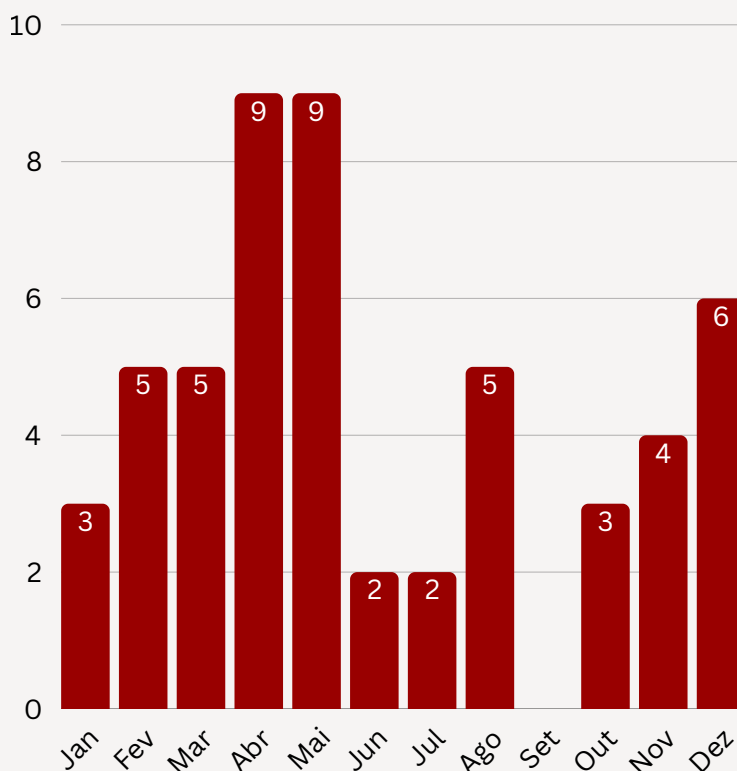
Fonte: SIM, 2024; SINASC, 2024.

Desastre Climático no Rio Grande do Sul

No dia 1º de maio de 2024, foi publicado o Decreto nº 57.596 no Diário Oficial do Estado, que declarava estado de **calamidade pública** no território do estado do RS, afetado pelos eventos climáticos de chuvas intensas, ocorridos no período de 24 de abril a 1º de maio de 2024 (RS, 2024a). Conforme relatórios da Defesa Civil, 478 dos 497 municípios do estado (96,2%) foram afetados pelas enchentes e 185 óbitos foram confirmados (RS, 2024b).

A Figura 5 apresenta a **distribuição mensal** dos óbitos maternos, demonstrando que houve oscilação mensal importante, com maior concentração nos meses de abril e maio, com 09 registros cada. Não se identificou padrão linear de ocorrência ao longo do ano.

Figura 5 - Distribuição dos óbitos maternos conforme os meses, RS, 2024.



Fonte: SIM, 2024.

Entre os óbitos do mês de **abril**, somente 02 ocorreram após o dia 24, data em que se iniciaram os eventos climáticos no estado. Um destes ocorreu no mesmo dia e local do parto por pré-eclâmpsia associada a descolamento de placenta, e o segundo foi de uma puérpera de 11 dias por Síndrome HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets*) com indicação de transplante hepático, já transferida para Porto Alegre nove dias antes da data do óbito.

Já entre os óbitos do mês de **maio**, 03 casos foram após nascimento decorrido no mês de abril, sendo 02 destes por causas obstétricas indiretas (afecções respiratória e cardiovascular) e o terceiro por causa obstétrica direta (hemorragia puerperal). Os outros 06 óbitos ocorreram no puerpério pelas seguintes causas obstétricas diretas: hemorragia, embolia amniótica, Síndrome HELLP (02 casos) e infecção uterina (02 casos).

A partir da análise de todos os casos, identificou-se somente uma gestante que foi vítima das enchentes e necessitou ser resgatada e encaminhada à residência de familiares em outro município. Não havia fatores de risco identificados durante o pré-natal. O óbito ocorreu alguns dias depois do parto por complicações após hemorragia puerperal.

Portanto, após análise das fichas de investigação dos 53 óbitos maternos ocorridos no RS durante o ano de 2024, não se identificou relação direta entre os eventos climáticos e o aumento das mortes maternas. As gestantes realizaram, em média, 07 consultas de pré-natal e não houve registro de dificuldade de acesso aos serviços de saúde entre os casos analisados.

O estado apoiou os municípios atingidos na reorganização do atendimento às gestantes na APS para a continuidade do pré-natal. Foram ofertadas consultas em instituições hospitalares da capital para cidades com muitas unidades de saúde danificadas, além da busca ativa das gestantes de alto risco de cidades do interior que realizavam acompanhamento na capital para reagendamento de consultas e monitoramento à distância.

Perfil Sociodemográfico e Obstétrico das Mulheres que Evoluíram a Óbito Materno

Em relação ao **perfil sociodemográfico** das mulheres que evoluíram a óbito materno no RS em 2024, observa-se maior concentração na faixa etária de 30 a 39 anos (41,5%), seguidas daquelas entre 20 e 29 anos (35,9%). Quanto à raça/cor, a maior proporção corresponde a mulheres brancas (64,2%), seguidas por pretas (20,7%) e pardas (13,2%). No que se refere à escolaridade, a maioria das mulheres possuía entre 8 e 11 anos de estudo (56,6%), correspondendo ao ensino fundamental completo e médio incompleto. Em relação à ocupação, destaca-se a maior proporção de mulheres classificadas como donas de casa (39,6%), além de outras ocupações com menor frequência individual, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres que evoluíram a óbito materno segundo faixa etária, raça/cor, escolaridade e ocupação, RS, 2024.

Faixa Etária (anos)	Nº	%
10 a 14 anos	01	1,9%
15 a 19 anos	07	13,2%
20 a 29 anos	19	35,9%
30 a 39 anos	22	41,5%
≥ 40 anos	04	7,5%
Raça/cor	Nº	%
Branca	34	64,2%
Indígena	01	1,9%
Parda	07	13,2%
Preta	11	20,7%
Escolaridade (anos)	Nº	%
01 a 03 anos	01	1,9%
04 a 07 anos	11	20,7%
08 a 11 anos	30	56,6%
05 a 12 anos e mais	10	18,9%
Ignorado	01	1,9%

Quadro 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres que evoluíram a óbito materno segundo faixa etária, raça/cor, escolaridade e ocupação, RS, 2024 (Continuação).

Ocupação	Nº	%
Agente comunitário de saúde	01	1,9%
Aposentada/pensionista	01	1,9%
Assistente administrativo	01	1,9%
Atendente/balconista de farmácia	01	1,9%
Auxiliar de serviços de importação e exportação	01	1,9%
Comerciante varejista	01	1,9%
Cozinheira geral	01	1,9%
Cuidadora de idosos	01	1,9%
Desempregada crônica	01	1,9%
Dirigente do serviço público municipal	01	1,9%
Dona de casa	21	39,6%
Empregada doméstica	01	1,9%
Empresária de espetáculo	01	1,9%
Estudante	03	5,5%
Frentista	01	1,9%
Gerente de recursos humanos	01	1,9%
Manicure	01	1,9%
Padeira	01	1,9%
Produtora agrícola polivalente	01	1,9%
Professora	03	5,5%
Representante comercial autônoma	01	1,9%
Revisora	01	1,9%
Técnica de enfermagem	01	1,9%
Trabalhadora do beneficiamento de fumo	01	1,9%
Trabalhadora na confecção de calçados	01	1,9%
Trabalhadora volante da agricultura	01	1,9%
Trabalhadora da cultura de fumo	01	1,9%
Ignorado	01	1,9%
Não consta	01	1,9%

Fonte: SIM, 2024.

Quanto ao **perfil obstétrico**, verifica-se maior ocorrência entre mulheres com uma (28,3%) e três gestações (24,5%), com distribuição entre as demais paridades. A quase totalidade das gestações foi única (98,1%). Em relação ao desfecho gestacional, a cesariana foi a principal via de nascimento, correspondendo a 27 casos (51%), seguida de 10 partos vaginais (18,9%), além de 12 casos (22,6%) em que não houve parto e 4 (7,5%) relacionados a abortamento, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 - Perfil obstétrico das mulheres que evoluíram a óbito materno segundo paridade, tipo de gestação, desfecho gestacional e momento do óbito, RS, 2024.

Paridade	Nº	%
Uma	15	28,3%
Duas	09	17%
Três	13	24,5%
Quatro	07	13,2%
Cinco	05	9,4%
Seis	03	5,7%
Sete	01	1,9%
Tipo de Gestação	Nº	%
Única	52	98,1%
Múltipla	01	1,9%
Desfecho Gestacional	Nº	%
Aborto	04	7,5%
Cesárea	27	51%
Vaginal	10	18,9%
Não houve	12	22,6%
Momento do Óbito	Nº	%
Gestação	15	28,3%
Parto	02	3,8%
Puerpério	32	60,4%
Aborto	04	7,5%

Fonte: SIM, 2024.

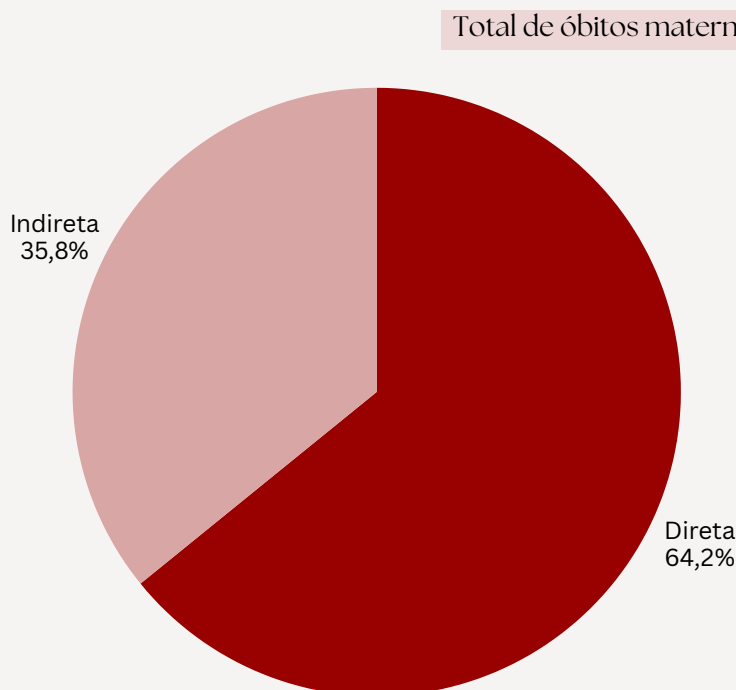
Quanto ao **momento de ocorrência**, a maioria dos óbitos maternos em 2024 ocorreu no puerpério (60,4%), seguido pelo período gestacional (28,3%). Entre os óbitos no puerpério, 20 ocorreram no puerpério imediato (entre o 1º e o 10º dia após o parto) e 12 no puerpério tardio (entre o 11º e o 42º dia). Óbitos durante a cesariana corresponderam a 02 casos (3,8%) e aqueles relacionados ao abortamento a 04 casos (7,5%). Esses resultados mantêm o puerpério como o período de maior concentração de óbitos maternos.

Em relação aos **desfechos fetais/neonatais** dos 53 óbitos maternos ocorridos em 2024, houve 25 natimortos (47%) e 28 nascidos vivos (53%). De acordo com informações coletadas nas fichas de investigação de óbito materno, 41 mulheres deixaram ao menos um filho vivo. Os 53 óbitos maternos de 2024 deixaram 94 órfãos no estado.

Causas de Óbitos Maternos no Rio Grande do Sul

Ao estratificar as mortes maternas por **tipo de causa obstétrica** (Figura 6), observa-se maior prevalência de óbitos por **causas obstétricas diretas** (64,2%).

Figura 6 - Categorização dos óbitos segundo tipo de causa obstétrica, RS, 2024.



Fonte: SIM, 2024.

Entre essas, conforme apresentado no Quadro 3, destaca-se o grupo “*Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério*”, com 12 casos (22,6%), seguido pelos grupos “*Complicações do trabalho de parto e do parto*” e “*Complicações relacionadas predominantemente ao puerpério*”, ambos com 09 ocorrências (17%).

No detalhamento por categorias, sobressaem outras hemorragias do pós-parto imediato (07 casos), embolia obstétrica por coágulo de sangue (04 casos) e pré-eclâmpsia grave (04 casos).

Quadro 3 - Distribuição das causas básicas de morte materna, por grupo e categoria da CID-10, RS, 2024.

Causa Básica de Morte Materna	Nº	%
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	02	3,8%
Aderência mórbida da placenta	01	1,9%
Outros transtornos da placenta	01	1,9%
Complicações do trabalho de parto e do parto	09	17%
Outras formas de inercia uterina	01	1,9%
Outras hemorragias do pós-parto imediato	07	13,2%
Retenção de partes da placenta ou das membranas, sem hemorragia	01	1,9%
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	09	17%
Cardiomiopatia no puerpério	01	1,9%
Embolia amniótica	01	1,9%
Embolia obstétrica por coágulo de sangue	04	7,5%
Infecção puerperal	02	3,8%
Trombose venosa cerebral no puerpério	01	1,9%
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	12	22,6%
Eclâmpsia não especificada quanto ao período	02	3,8%
Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa	01	1,9%
Hipertensão pré-existente não especificada, complicando a gravidez, o parto e o puerpério	01	1,9%
Pré-eclâmpsia não especificada	01	1,9%
Pré-eclâmpsia grave	04	7,5%
Síndrome HELLP	03	5,6%
Gravidez que termina em aborto	03	5,7%
Aborto espontâneo - completo ou não especificado, complicado por embolia	01	1,9%
Aborto não especificado - incompleto, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos	01	1,9%
Aborto retido	01	1,9%

Quadro 3 - Distribuição das causas básicas de morte materna, por grupo e categoria da CID-10, RS, 2024 (Continuação).

Causa Básica de Morte Materna	Nº	%
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	15	28,2%
Doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, o parto e o puerpério	05	9,4%
Doenças do aparelho digestivo complicando a gravidez, o parto e o puerpério	01	1,9%
Doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, o parto e o puerpério	03	5,6%
Outras doenças infecciosas e parasitárias maternas complicando a gravidez, o parto e o puerpério	01	1,9%
Outras doenças e afecções especificadas complicando a gravidez, o parto e o puerpério	03	5,6%
Transtornos mentais e doenças do sistema nervoso complicando a gravidez, o parto e o puerpério	02	3,8%
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	03	5,7%
Diabetes mellitus pré-existente, não especificado	01	1,9%
Infecção não especificada do trato urinário na gravidez	02	3,8%

Fonte: SIM, 2024.

Assim, observa-se que as síndromes hipertensivas e a hemorragia puerperal permaneceram, por mais um ano, entre as principais causas de óbito materno no estado, com 12 e 08 ocorrências, respectivamente. Trata-se de um padrão já identificado em anos anteriores.

A série histórica de **óbitos maternos por síndromes hipertensivas**, apresentada na Tabela 3, demonstra a persistência desse grupo como causa de óbito materno no RS. Apesar de oscilações ao longo do período de 2020 a 2024, os registros mantêm-se em patamares elevados, contabilizando 50 óbitos no total, dos quais 12 ocorreram no último ano. Destaca-se a predominância de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, bem como o registro de casos de Síndrome HELLP em 2024.

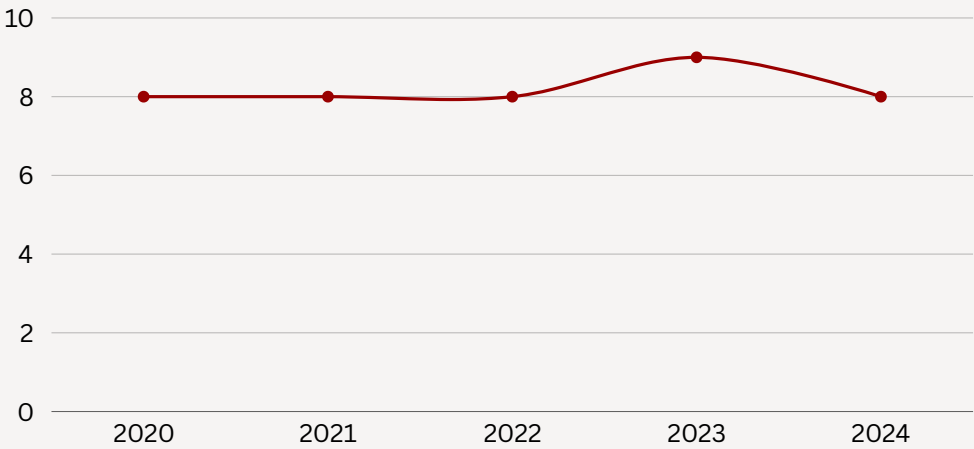
Tabela 3 - Série histórica de óbitos maternos por Síndromes Hipertensivas, RS, 2020-2024.

Causa	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Hipertensão crônica	01	-	-	02	01	04
Hipertensão gestacional	01	01	-	-	01	03
Pré-eclâmpsia	05	06	03	05	05	24
Eclâmpsia	02	03	05	04	02	16
Síndrome HELLP	-	-	-	-	03	03
Total	09	10	08	11	12	50

Fonte: SIM, 2024.

Quanto aos **óbitos maternos por hemorragia puerperal**, a representação gráfica na Figura 7 apresenta comportamento relativamente estável ao longo do período de 2020 a 2024, com discreta variação e manutenção dos valores em torno de 08 a 09 ocorrências anuais. Esse padrão indica ausência de tendência de redução na série histórica, apesar do caráter potencialmente evitável.

Figura 7 - Representação gráfica da série histórica de óbitos maternos por hemorragia puerperal, RS, 2020-2024.



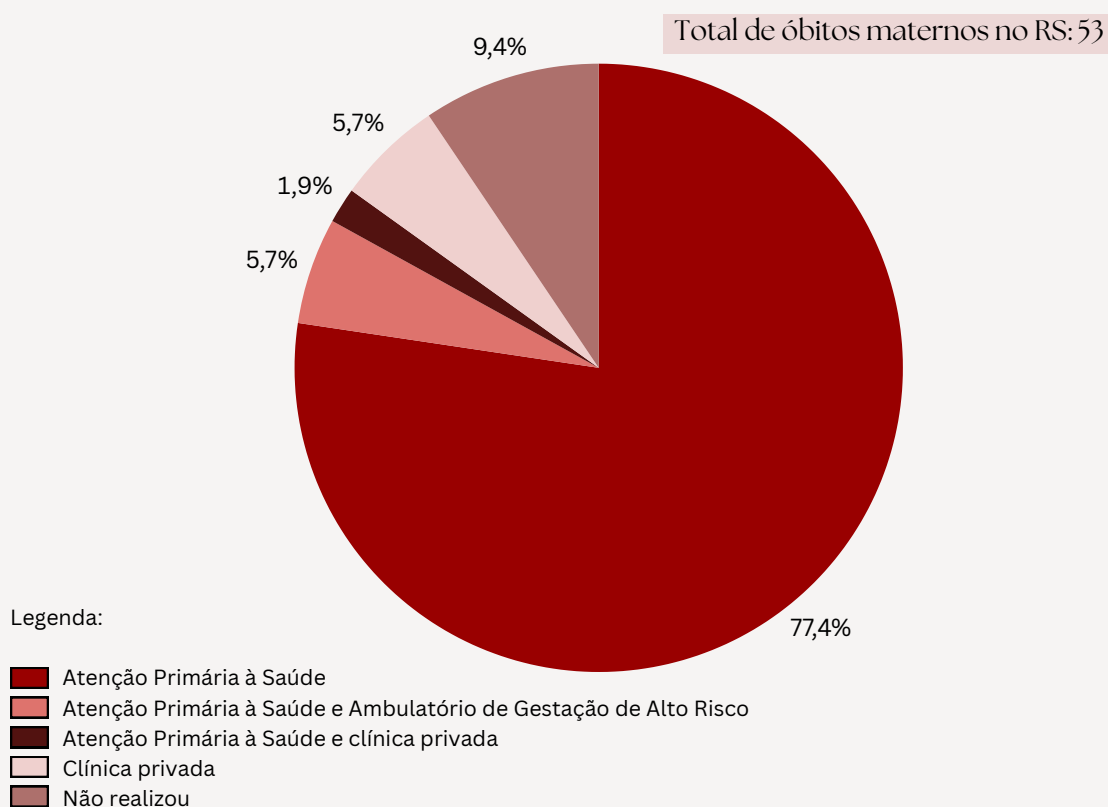
Fonte: SIM, 2024.

As mortes maternas por causas obstétricas indiretas corresponderam a 35,8% dos casos. Nesse grupo, destaca-se o grupo “*Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte*”, com 15 ocorrências (28,2%). No detalhamento por categorias, sobressaem as doenças do aparelho circulatório complicando a gestação, o parto ou o puerpério, com 05 casos (9,4%).

Assistência à Saúde: pré-natal, aborto, parto e puerpério

Em relação ao **local de acompanhamento do pré-natal**, observa-se que 77,4% dos óbitos maternos de 2024 ocorreram entre mulheres que realizaram acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS) (Figura 8). Nota-se, também, que 9,4% das mulheres não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. Os demais casos distribuíram-se entre outras modalidades de acompanhamento, com compartilhamento com o Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) ou serviços privados, em proporções menores.

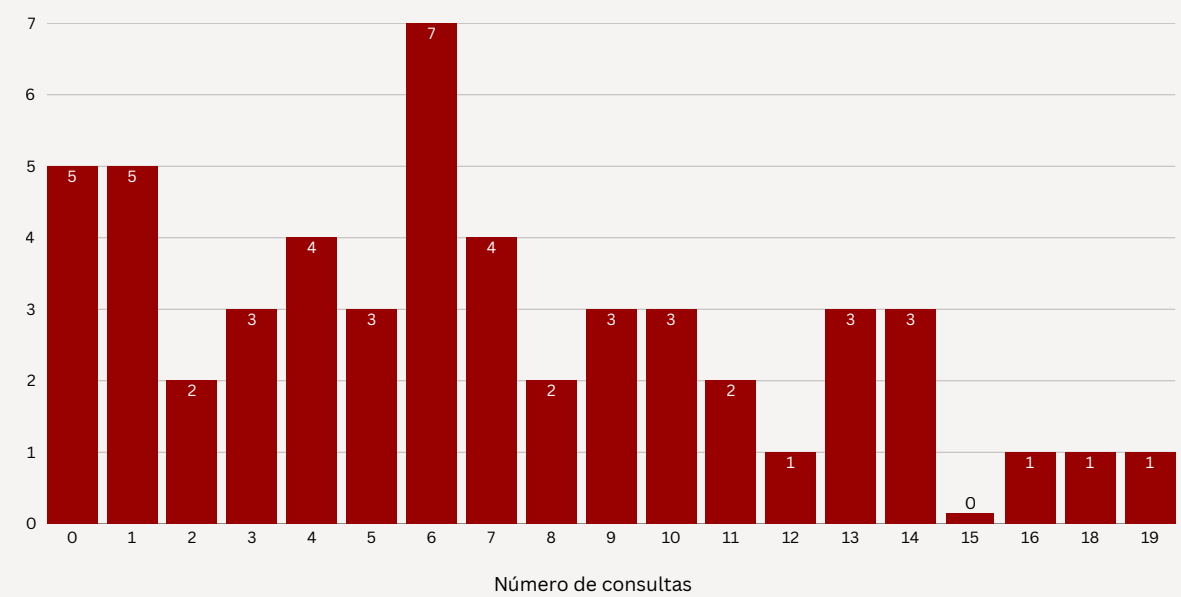
Figura 8 - Óbitos maternos segundo local de acompanhamento pré-natal, RS, 2024.



Fonte: SIM, 2024.

Quanto ao **número de consultas de pré-natal**, verificou-se a ocorrência de óbitos tanto entre mulheres com baixa adesão, quanto entre aquelas com maior número de consultas (Figura 9). Observa-se maior concentração entre mulheres com 06 consultas (13,2%), demonstrando fragilidades não somente no acesso, mas também na qualidade da assistência prestada.

Figura 9 - Óbitos maternos segundo número de consultas de pré-natal, RS, 2024.



Fonte: SIM, 2024; SINASC, 2024.

O Ministério da Saúde (MS) recomenda a realização de, no mínimo, sete consultas de pré-natal, com início preferencial até a 12ª semana gestacional (Brasil, 2024). Considerando esse parâmetro, entre os 53 óbitos maternos analisados, 24 mulheres (45,3%) realizaram sete ou mais consultas, o que indica que quase metade das gestantes atingiu o número mínimo de consultas preconizado.

Com relação à **estratificação de risco obstétrico no pré-natal**, a partir da análise dos registros nas fichas de investigação, foram identificadas 31 mulheres (58,5%) com fatores de risco obstétrico durante a gestação atual ou em gestações prévias que indicavam acompanhamento pré-natal compartilhado com AGAR tipo I ou II, no entanto, somente 18 (34%) receberam encaminhamento, enquanto apenas 11 (20,7%) foram assistidas pelo serviço especializado.

Ao analisar a distribuição dos óbitos conforme o **local de ocorrência**, 90,5% ocorreram em ambiente hospitalar, enquanto 5,7% ocorreram em domicílio. Os serviços ambulatoriais e unidades de pronto atendimento corresponderam a 1,9% dos óbitos registrados cada, conforme a Tabela 4.

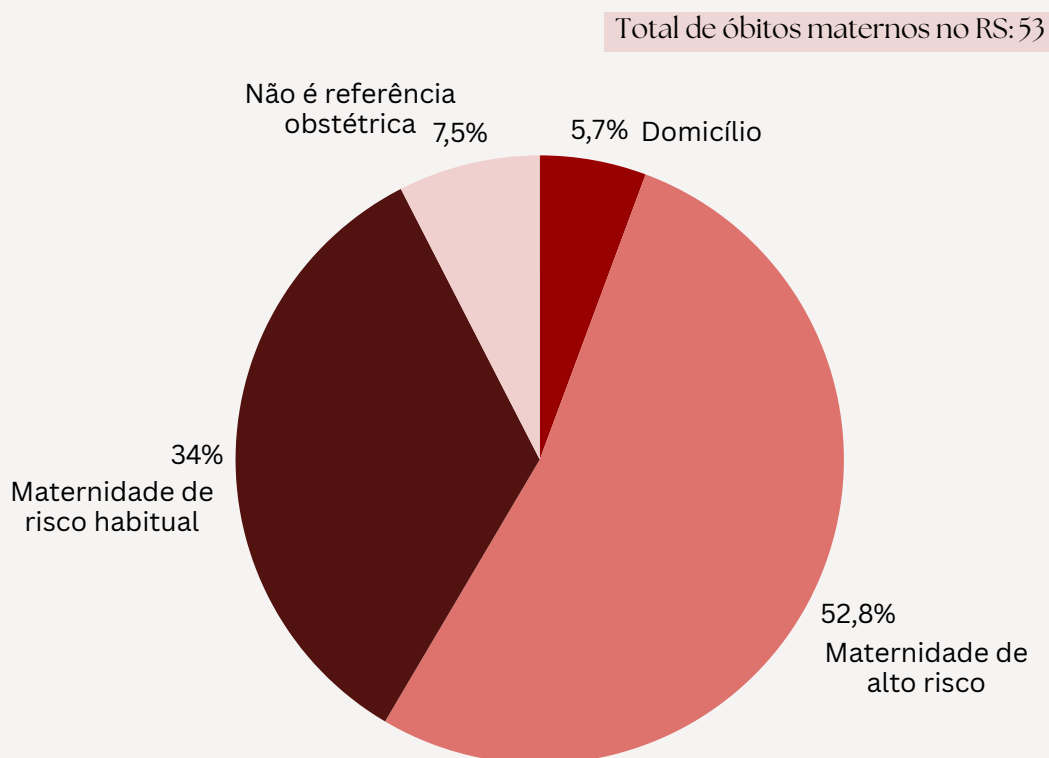
Tabela 4 - Óbitos maternos segundo local de ocorrência, RS, 2024.

Local do Óbito	Nº	%
Ambulatório	01	1,9%
Domicílio	03	5,7%
Hospital	48	90,5%
Unidade de Pronto Atendimento	01	1,9%
Total	53	100%

Fonte: SIM, 2024.

No que se refere ao **nível de referência hospitalar** (Figura 10), 52,8% dos óbitos ocorreram em maternidades de referência para alto risco e 34% em maternidades de risco habitual. Os serviços sem referência obstétrica representaram 7,5% dos casos, enquanto os óbitos ocorridos em domicílio corresponderam a 5,7%.

Figura 10 - Distribuição dos óbitos maternos conforme o local de ocorrência e o nível de referência hospitalar, RS, 2024.



Fonte: SIM, 2024.

Investigação de Óbitos Maternos

A **investigação dos óbitos** de mulheres em idade fértil e dos óbitos maternos possibilita a identificação dos casos, a qualificação das informações quantitativas e qualitativas, a correção de inconsistências em documentos e a análise da linha de cuidado materno-infantil em todos os níveis de atenção à saúde (APS, AGAR, maternidades de risco habitual e alto risco, serviços de urgência e emergência, bem como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico), contribuindo para a avaliação do acesso e da qualidade da assistência prestada às gestantes, parturientes e puérperas (Brasil, 2009).

Em relação à investigação dos óbitos maternos no RS (Tabela 5), observa-se alta proporção de casos investigados ao longo da série histórica analisada. Em 2020, 98,15% dos óbitos foram investigados, percentual que se manteve elevado em 2021 (94,78%) e atingiu 100% nos anos de 2022, 2023 e 2024.

Tabela 5 - Percentual de óbitos maternos investigados, RS, 2020-2025*.

2020	2021	2022	2023	2024	2025*
98,15%	94,78%	100%	100%	100%	91,67%*

Fonte: SIM, 2025.
*Dados preliminares, sujeito a alteração.

Para o ano de 2025, os dados ainda são preliminares, mas indicam 91,67% de óbitos investigados até o momento.

Esses resultados refletem que o processo de vigilância dos óbitos maternos no estado está em ampliação da cobertura de investigação nos últimos anos, o que contribui para a qualificação das informações e subsidia ações voltadas à prevenção de novos casos.

Iniquidades Sociais e Raciais Associadas à Mortalidade Materna

Os dados evidenciam importantes iniquidades raciais na mortalidade materna no RS. Observa-se que as RMM são mais elevadas entre mulheres pretas e indígenas quando comparadas às mulheres brancas. Entre mulheres negras, especialmente pretas, a RMM se mantém elevada de forma mais contínua, sem oscilações extremas, indicando um padrão persistente de desigualdade.

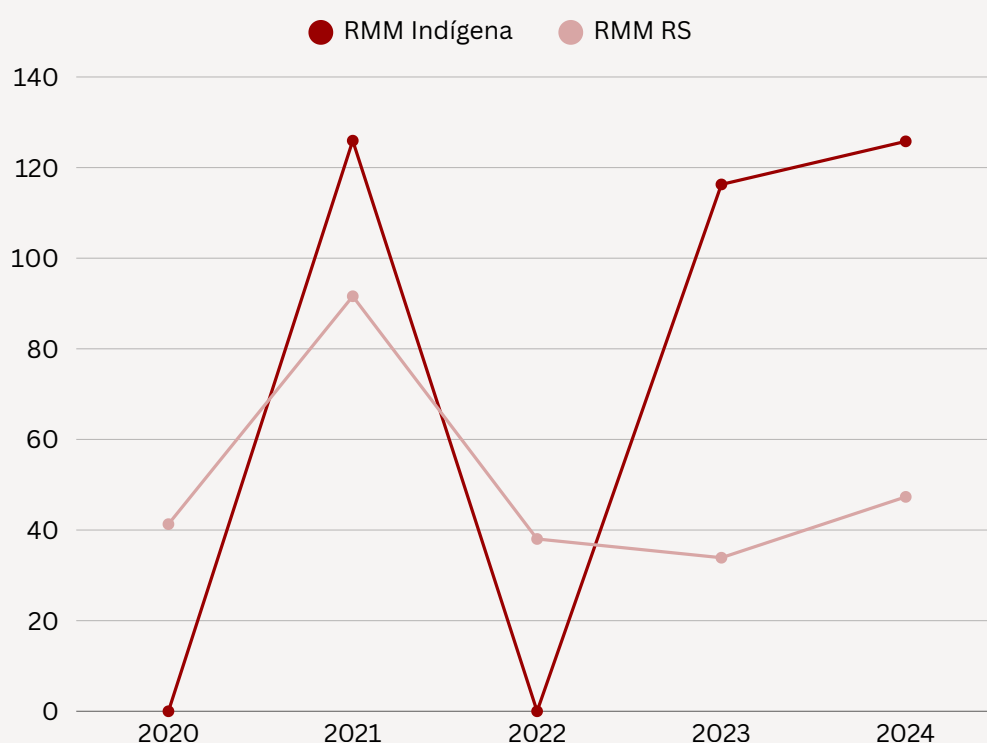
Tabela 6 - Razão de Mortalidade Materna por 100 mil NV, estratificada por raça/cor, RS, 2014-2024.

Ano	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	RS
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	91,60
2022	33,64	96,90	617,28	26,21	0,00	38,03
2023	30,75	43,08	564,97	36,88	116,28	33,89
2024	39,26	124,63	0,00	45,08	125,79	47,32

Fonte: SIM, 2024; SINASC, 2024.

No caso das indígenas, a Figura 11 mostra forte oscilação ao longo do período analisado, com picos expressivos em 2014, 2015, 2018, 2021, 2023 e 2024, contrastando com quedas abruptas nos anos sem registro de óbito. Esses comportamentos distintos, entre o indicador para mulheres negras e indígenas, revelam que os riscos não se distribuem de maneira homogênea entre os grupos raciais.

Figura 11 - Representação gráfica da Razão de Mortalidade Materna na população indígena, RS, 2020-2024.



Fonte: SIM, 2024; SINASC, 2024.

A elevada RMM indígena pode ser explicada, em parte, pelo efeito do pequeno denominador, uma vez que um número reduzido de óbitos gera grandes variações na razão, mas também aponta para falhas graves e pontuais na linha de cuidado, associadas a barreiras geográficas, culturais e de acesso oportuno aos serviços. Em contraste, a mortalidade materna entre mulheres negras reflete um padrão estrutural, relacionado ao racismo institucional, à pior qualidade do cuidado e a desigualdades sociais persistentes, que produzem risco elevado de forma contínua, ainda que menos visível em picos abruptos. Soma-se a isso a possível subnotificação e classificação inadequada da variável raça/cor, sobretudo para a população negra, o que pode atenuar artificialmente a magnitude real das desigualdades observadas.

Além disso, a Tabela 7 demonstra que, embora o número absoluto de óbitos maternos entre mulheres migrantes tenha sido reduzido no período analisado, as Razões de Mortalidade Materna (RMM) apresentaram valores elevados em comparação à média estadual. Entre 2020 e 2023, a RMM variou entre 78,83 e 215,67 óbitos/100 mil NV, enquanto a RMM geral do RS oscilou entre 33,89 e 47,32 no mesmo período. Em 2024, não houve registro de óbitos maternos entre mulheres migrantes.

Tabela 7 - Número de óbitos maternos, nascidos vivos e RMM por 100 mil NV de mulheres migrantes, RS, 2020-2024.

Ano	Nº óbitos maternos	Nº nascidos vivos	RMM/100 mil
2020	02	2.475	80,80
2021	03	2.590	115,83
2022	02	2.537	78,83
2023	03	1.391	215,67
2024	00	1.567	0,00

Fonte: SIM, 2024; SINASC, 2024.

Os resultados devem ser interpretados com cautela, considerando o pequeno número absoluto de eventos, que torna o indicador mais sensível a oscilações anuais. Ainda assim, os valores observados sugerem maior vulnerabilidade dessa população no ciclo gravídico-puerperal.

A ausência de desagregação por nacionalidade nas análises assistenciais e obstétricas, entretanto, limita a compreensão dos fatores relacionados a esses óbitos, dificultando análises sobre acesso, continuidade do cuidado e qualidade da assistência prestada. Nesse sentido, os achados reforçam a necessidade de qualificação dos sistemas de informação em saúde com enfoque em equidade.

Análise da Mortalidade Materna em 2024

A mortalidade materna é um evento que vai além da avaliação da qualidade da assistência à saúde no ciclo gravídico-puerperal, permitindo compreender, também, o acesso ao planejamento reprodutivo (Brasil, 2009). No RS, os 53 óbitos registrados em 2024 evidenciam a persistência de um padrão epidemiológico preocupante, marcado pela ocorrência de mortes evitáveis e pela influência de iniquidades sociais e raciais.

Observou-se maior concentração absoluta de óbitos maternos entre mulheres brancas (64,2%), de 30 a 39 anos (41,5%) e com escolaridade de 08 a 11 anos (56,6%). Esses números isolados, no entanto, não retratam toda a complexidade desse problema de saúde pública.

Ao analisar a RMM, observa-se que a vulnerabilidade se desloca de forma importante: enquanto entre as mulheres brancas a RMM foi de 39,26 óbitos maternos/100 mil NV, os resultados mais que triplicam entre mulheres pretas (124,6) e indígenas (125,8). Essa discrepância evidencia que o risco de óbito não está distribuído de forma equânime, sendo agravado por fatores estruturais do sistema de saúde brasileiro que afetam de maneira desproporcional a população negra e indígena. Entre esses fatores, destacam-se as barreiras geográficas e simbólicas de acesso, menor tempo de escuta qualificada e negligência no diagnóstico e tratamento de intercorrências, resultando em desfechos fatais mesmo quando essas mulheres conseguem ingressar na rede de atenção obstétrica (Almeida, 2019; Werneck, 2016).

De modo semelhante, a RMM entre migrantes também apresentou valores superiores à média estadual ao longo da série histórica. Entre 2020 e 2023, variou entre 78,83 e 215,67/100 mil NV, enquanto a RMM do RS oscilou entre 33,89 e 47,32. Em 2024, não houve registro de óbitos maternos entre mulheres migrantes no estado.

No que se refere à idade materna, a RMM foi desproporcionalmente elevada nos extremos da vida reprodutiva, especialmente entre meninas de 10 a 14 anos (342,4) e adolescentes de 15 a 19 anos (83,0). Esses valores superaram aqueles observados nas faixas etárias de 20 a 29 anos (36,09) e 30 a 39 anos (49,09), e se mantiveram elevados também entre mulheres com 40 anos ou mais (68,85). A gravidez na adolescência está associada a maior ocorrência de desfechos adversos, como síndromes hipertensivas, infecção do trato urinário, ruptura prematura de membranas e anemia, tendo em vista que ocorre frequentemente em contextos de vulnerabilidade social e acesso tardio ou inadequado ao pré-natal (Hacker *et al.*, 2021; Silva Júnior, Silva & Netto, 2025).

Já no caso da idade materna avançada, se constata associação do risco de complicações como pré-eclâmpsia, diabetes mellitus gestacional, gravidez ectópica, descolamento prematuro de placenta, infarto agudo do miocárdio e miocardiopatia periparto (Attali & Yogev, 2021). Assim, os extremos da vida reprodutiva (<15 anos e >40 anos) configuram a gestação como alto risco, devendo ocorrer acompanhamento em AGAR tipo I (SES/RS, 2024). Além disso, há necessidade de estratégias intersetoriais que fortaleçam a proteção de meninas e adolescentes, pensando na abordagem da educação sexual e no acesso a métodos contraceptivos e à interrupção gestacional prevista em lei (Brasil, 1940; Brasil, 2022a).

Quanto à escolaridade, mulheres que estudaram de 08 a 11 anos apresentaram uma RMM de 43,76/100 mil NV, enquanto aquelas com 01 a 03 anos de estudo atingiram uma RMM oito vezes mais alta (227,27), seguidas daquelas com 04 a 07 anos (125,52). Em contraste, mulheres com ensino superior em andamento ou completo (12 anos ou mais), obtiveram RMM de 29,41. O conhecimento sobre a própria saúde e sobre os sinais de alerta para complicações obstétricas permite que as mulheres busquem atendimento de saúde de forma oportuna. No entanto, um nível educacional menor que 12 anos está relacionado a maior risco de mortalidade, associado a barreiras de acesso e comunicação, os quais podem resultar em dificuldade de compreensão acerca das orientações clínicas e da gravidade de determinadas condições (Amjad *et al.*, 2018; Gadelha *et al.*, 2020; Sanchez & Ciconelli, 2012).

Além disso, a alta ocorrência de óbitos entre mulheres com condições de saúde que classificavam a gestação como de alto risco (58,5%), associada à predominância de múltiparas, com destaque para aquelas na terceira gestação (24,5%), aponta para a existência de fragilidades no planejamento reprodutivo. O intervalo interpartal curto e as gestações não planejadas em mulheres com comorbidades elevam o risco de complicações graves. O planejamento reprodutivo permite a compreensão das implicações de uma nova concepção e o exercício da autonomia com base em informações seguras (ACOG, 2018). Entre os óbitos de múltiparas, 04 estavam na fila de espera para realizar laqueadura tubária, sendo 02 na quarta gestação, 01 na quinta gestação e 01 na sexta gestação.

Destaca-se a significância da ampliação da oferta dos Métodos Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração (LARCs), como o Dispositivo Intrauterino (DIU) de Cobre e o Implante Contraceptivo Subdérmico Liberador de Etonogestrel, os quais podem ser utilizados por mulheres de 14 a 49 anos e possuem taxas de falha inferiores a 1%, sendo recomendados por não dependerem da adesão diária da paciente, promovendo maior confiança e autonomia no uso (Febrasgo, 2022). Nesse mesmo sentido, a garantia de acesso à laqueadura tubária é amparada pela Lei nº 14.443/2022, que atualizou a Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1996), reduzindo a idade mínima para o procedimento e permitindo a realização na maternidade (independentemente da via de nascimento), desde que respeitado o prazo de 60 dias entre a manifestação do desejo e o parto (Brasil, 2022b). Essas medidas incentivam o aproveitamento de janelas de oportunidade como o pós-parto ou pós-abortamento imediato.

Com relação à assistência pré-natal, ainda que 90,6% das mulheres tenha realizado acompanhamento e 45,3% tenha alcançado o quantitativo mínimo de sete consultas preconizado pelo MS, somente a cobertura de consultas não garantiu desfechos favoráveis, tendo em vista as falhas na coordenação do cuidado em rede.

A estratificação de risco da gestante em cada consulta de pré-natal fortalece o encaminhamento oportuno da paciente ao acompanhamento de alto risco ou à emergência obstétrica (Brasil, 2022a). Nas investigações dos óbitos maternos, identificou-se 31 mulheres que apresentavam fatores de risco indicando necessidade de acompanhamento em AGAR, contudo, somente 58% dessas foram encaminhadas, sendo que apenas 35% efetivamente acessaram. O Guia do Pré-natal e Puerpério na APS aborda a estratificação de risco gestacional, apontando o estrato (pré-natal de risco habitual e pré-natal de alto risco tipos I e II) conforme fatores de risco identificados, além de apresentar orientações de como proceder em cada caso na APS (SES/RS, 2024).

A predominância da via de nascimento por cesariana em 51% dos óbitos maternos, em contraste com 18,9% entre partos vaginais, retrata os impactos de intervenções desalinhadas às boas práticas de assistência ao parto. Segundo o SINASC (2024), o Brasil deteve uma taxa de cesariana de 60%, enquanto o RS obteve 66%, distanciando-se drasticamente do percentual de 10% a 15% recomendado pela OMS (1985), que indica que, embora o procedimento cirúrgico possa salvar vidas quando bem indicado, não há evidências de redução na mortalidade materna ou neonatal, ao se ultrapassar o limiar de 10%, visto que a ausência de indicação clínica adequada eleva os riscos de complicações materno-infantis. Em contrapartida, o parto vaginal assistido sob evidências científicas promove benefícios a curto e longo prazo (OMS, 1985). Nesse sentido, a reestruturação do modelo assistencial proposta pela Rede Alyne enfatiza a inserção estratégica de enfermeiros obstetras e obstetrizes no cuidado ao ciclo gravídico-puerperal (Brasil, 2024). Acredita-se que a atuação desses profissionais esteja associada a desfechos clínicos positivos no que se refere ao protagonismo feminino, à segurança materno-infantil e ao resgate do parto como evento fisiológico (Chibante et al., 2026).

A predominância de causas obstétricas diretas (64,2%), principalmente em decorrência de síndromes hipertensivas (22,6%) e hemorragias intra e pós-parto (15%), reafirma o caráter amplamente evitável da mortalidade materna no estado.

No Brasil, a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, conduzida em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS, enfatiza a importância do manejo adequado aos protocolos já na chamada "hora de ouro", ou seja, logo após o início da hemorragia pós-parto. Para isso, faz-se necessário que as equipes de saúde invistam na avaliação clínica contínua durante as primeiras duas horas do pós-parto (período de Greenberg), em que há maior risco para a hipotonia uterina (OPAS, 2020). Somado a isso, a Lei nº 11.108/2005, que garante às gestantes, parturientes e puérperas a possibilidade de ter um acompanhante de sua escolha durante todo o atendimento, também contribui para o acionamento precoce da equipe se sinais de alarme (Brasil, 2005; OPAS, 2020).

A prevenção, o diagnóstico e o manejo das síndromes hipertensivas também exige atenção de todos os níveis de atenção à saúde. Na APS, o uso profilático de ácido acetilsalicílico (AAS) em grupos de risco e a estratificação de risco gestacional adequada são capazes de reduzir os quadros de pré-eclâmpsia grave. A suplementação de cálcio, embora evidências científicas recentes demonstrem que esta não apresenta benefícios significativos para prevenção da pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, deve-se manter a recomendação entre populações com baixa ingestão de cálcio, como ocorre entre as mulheres brasileiras. Já no âmbito hospitalar, o controle das crises hipertensivas com anti-hipertensivos de ação rápida, aliado ao uso padronizado do sulfato de magnésio como anticonvulsivante, constituem-se como condutas preventivas de agravos do sistema circulatório (Brasil, 2022a; Korkes et al., 2025).

Por outro lado, a proporção de causas indiretas (35,8%), com destaque para doenças do aparelho circulatório (9,4%), também corroboram com a importância da qualificação do planejamento reprodutivo e da estratificação de risco gestacional. Ressalta-se, ainda, que diante de quadros clínicos em que a continuidade da gestação impõe risco de vida materno, o ordenamento jurídico brasileiro, por meio do Art. 128 do Decreto-Lei nº 2.848/1940, garante a possibilidade da interrupção gestacional legal, uma medida de proteção à vida das mulheres com condições de saúde agravadas (Brasil, 1940).

O fato de 90,6% dos óbitos terem ocorrido em ambiente hospitalar, sendo mais da metade em serviços de referência para alto risco (52,8%), revela que o acesso aos serviços de alta complexidade não é suficiente para garantir desfechos favoráveis. A avaliação aponta para limitações na organização dos processos de trabalho e na adesão a protocolos clínicos baseados em evidências para atendimento ao parto e nascimento. Essa dissociação entre a cobertura e efetividade clínica é discutida pelo Modelo dos Três Atrasos, proposto por Thaddeus e Maine (1994), que identifica os gargalos críticos que poderiam ter contribuído para a morte materna, sendo estes relacionados: ao atraso na decisão de buscar cuidado, ao atraso na chegada ao serviço de saúde e, conforme identificado neste cenário, ao atraso no recebimento de um tratamento adequado e oportuno dentro da instituição. Em toda a análise realizada, contudo, foi possível observar a presença desses três tipos de atraso descritos pela teoria, evidenciando necessidade de melhorias em diferentes pontos da linha de cuidado.

A luta frente à redução da mortalidade materna no RS não depende somente da expansão do acesso à rede, como também da efetiva qualificação da assistência obstétrica em todos os níveis de atenção, o que inclui: o fortalecimento do planejamento reprodutivo na atenção primária; a precisão na estratificação de risco gestacional no pré-natal de risco habitual, com encaminhamento oportuno e adequado para serviços especializados; a reflexão e revisão crítica do modelo de assistência ao parto e nascimento nas maternidades gaúchas, com incorporação de boas práticas baseadas em evidências científicas; a ampliação da oferta de métodos contraceptivos nas maternidades, especialmente no que se refere aos LARC's e à laqueadura tubária após parto vaginal, cesariana e abortamento; a otimização da vigilância clínica no puerpério imediato; a redução da violência contra a mulher, e a integração e comunicação entre os diferentes níveis de atenção da rede.

Ainda, deve-se reconhecer que o óbito materno no estado é um desfecho atravessado por marcadores sociais e raciais, demandando o enfrentamento do racismo institucional e a priorização das populações historicamente mais vulnerabilizadas como eixo central das políticas públicas.

Descrição dos Dados Preliminares da Mortalidade Materna em 2025

De acordo com dados preliminares, em 2025, foram registrados 36 óbitos maternos no RS, dos quais 33 (91,67%) já foram investigados. O Quadro 4 apresenta a distribuição das causas básicas de morte materna no estado em 2025.

Quadro 4 - Distribuição das causas básicas de morte materna, por grupo e categoria da CID-10, RS, 2025.

Causa Básica de Morte Materna	Nº	%
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	04	11,1%
Aderência mórbida da placenta	02	5,55%
Descolamento prematuro da placenta com deficiência de coagulação	01	2,78%
Descolamento prematuro da placenta, não especificado	01	2,78%
Complicações do trabalho de parto e do parto	07	19,5%
Complicações do sistema nervoso central devido a anestesia durante o trabalho de parto e no parto	01	2,78%
Deficiências de coagulação pós-parto	01	2,78%
Hemorragia do terceiro estágio	01	2,78%
Hemorragia intraparto não especificada	01	2,78%
Hemorragia pós-parto	01	2,78%
Outras complicações de procedimentos ou de cirurgia obstétrica	01	2,78%
Outras formas de inércia uterina	01	2,78%
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	05	13,89%
Complicação do puerpério não especificada	01	2,78%
Embolia obstétrica por coágulo de sangue	02	5,55%
Infecção puerperal	01	2,78%
Ruptura da incisão de cesariana	01	2,78%

Quadro 4 - Distribuição das causas básicas de morte materna, por grupo e categoria da CID-10, RS, 2025 (Continuação).

Causa Básica de Morte Materna	Nº	%
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	06	16,65%
Pré-eclâmpsia grave	03	8,33%
Pré-eclâmpsia não especificada	02	5,55%
Pré-eclâmpsia superposta a hipertensão crônica	01	2,78%
Gravidez que termina em aborto	03	8,33%
Aborto não especificado - completo ou não especificado, complicado por infecções do trato genital ou dos órgãos pélvicos	01	2,78%
Aborto por razões médicas e legais - incompleto, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos	01	2,78%
Gravidez abdominal	01	2,78%
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	03	8,33%
Infecções do rim na gravidez	01	2,78%
Transtornos do fígado na gravidez, no parto e no puerpério	02	5,55%
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	08	22,2%
Doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, o parto e o puerpério	04	11,1%
Doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, o parto e o puerpério	03	8,33%
Morte obstétrica de causa não especificada	01	2,78%

Fonte: SIM, 2024.

Em 2025, entre as mortes maternas por **causas obstétricas diretas** (69,5%), destaca-se o grupo “*Complicações do trabalho de parto e do parto*”, com 07 casos (19,5%), seguido pelo grupo “*Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério*”, com 06 ocorrências (16,65%). No detalhamento por categorias, sobressaem as hemorragias intraparto e pós-parto (09 casos) e pré-eclâmpsia grave (03 casos).

As mortes maternas por **causas obstétricas indiretas** corresponderam a 30,5% dos casos. Nesse grupo, destaca-se “*Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte*”, com 08 ocorrências (22,2%). No detalhamento por categorias, sobressaem as doenças do aparelho circulatório, com 04 casos (11,1%).

Quanto ao **perfil sociodemográfico**, o maior número de óbitos ocorreu em mulheres brancas (63,9%), na faixa etária entre 30 e 39 anos (52,8%) e com 08 a 11 anos de estudo (55,6%). Com relação ao **perfil obstétrico**, houve concentração entre mulheres primigestas (27,8%) e a via de nascimento por cesariana (55,5%).

Os dados de mortalidade materna de 2025 são preliminares e sujeitos a alteração após a conclusão das investigações pendentes e da qualificação dos dados até o fechamento do banco de dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Considerações Finais

A mortalidade materna permanece como um desafio para a rede de atenção à saúde gaúcha. Os dados consolidados do ano de 2024 e preliminares de 2025 apresentam a persistência de óbitos evitáveis, marcados por fatores econômicos, sociais, culturais, étnico-raciais e ambientais.

Com relação à assistência obstétrica, há dissociação entre cobertura e efetividade clínica. Observa-se que persistem falhas na estratificação de risco gestacional, no encaminhamento oportuno e na coordenação do cuidado em rede. Além disso, a predominância de cesarianas e a elevada ocorrência de causas obstétricas diretas, como síndromes hipertensivas e hemorragias, reforçam a necessidade de revisão crítica do modelo assistencial vigente, com maior adesão às boas práticas baseadas em evidências e fortalecimento da vigilância no período puerperal.

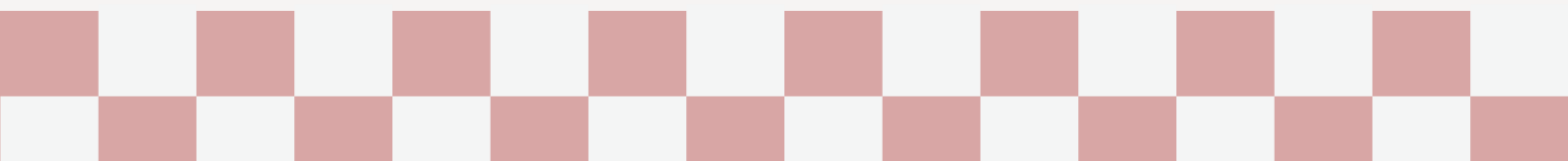
Ainda, a elevada proporção de gestantes de alto risco demanda um olhar para a qualificação do planejamento reprodutivo e a ampliação do acesso a métodos contraceptivos, especialmente os de longa duração, a fim de prevenir a gravidez não planejada e outros desfechos adversos.

A Rede Alyne, com objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil em 25% até 2027, propõe a reestruturação das instituições que prestam assistência ao ciclo gravídico-puerperal, impulsionando estratégias para qualificação da rede no que se refere ao acesso oportuno ao pré-natal eficiente, à vinculação da gestante à maternidade de referência, à redução da peregrinação por atendimento de emergência e, principalmente, ao enfrentamento do racismo institucional.

No ano de 2025, por meio da Resolução CIB nº 150/2025, o estado publicou o Plano de Ação Regional da Rede Alyne, pactuando os serviços de referência. O processo de construção do PAR se deu de forma dialogada com regionais, municípios e prestadores, a fim de garantir um desenho de rede articulado e eficiente para atender as necessidades das mulheres. Além disso, foram construídas diretrizes e metas regionalizadas para promover a qualificação da rede. O processo de habilitação federal dos serviços pactuados está em curso.

Nesse sentido, a atuação do Governo do Estado do RS tem se estruturado a partir de um conjunto de políticas públicas e estratégias voltadas ao cuidado à mulher, à criança e à família.

A Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS) tem desempenhado papel chave na melhoria das práticas de cuidado da APS, por meio de um modelo de incentivo baseado em desempenho. No ciclo 2024/2025, foram trabalhadas as metas dos eixos pré-natal, puerpério, recém-nascido e planejamento sexual e reprodutivo. No ciclo de 2026, o foco segue direcionado ao cuidado ao recém-nascido na puericultura. A certificação “Amiga da Mãe, Parceria e Criança” integra esse programa e estabelece critérios específicos para as equipes de saúde com relação à proteção às gestantes, puérperas, parcerias e crianças, promovendo corresponsabilização e continuidade do cuidado. No ano de 2024 foram 424 equipes certificadas e, em 2025, 467 equipes.



Paralelamente, a política intersetorial Primeira Infância Melhor (PIM) atua como uma importante estratégia de acompanhamento domiciliar, com foco na identificação de vulnerabilidades sociais e no fortalecimento do vínculo entre gestantes, famílias e serviços de saúde. Ao promover o desenvolvimento infantil desde a gestação, o programa contribui para a redução de desfechos maternos e neonatais adversos. O PIM também distribui material de apoio às famílias com gestantes, o qual oferece orientações sobre o período gestacional e o puerpério, assim como sobre os cuidados com o recém-nascido. A implementação do PIM está relacionada à melhoria da adesão ao pré-natal por parte da gestante e da parceria, assim como à redução da mortalidade por causas externas em crianças menores de um ano. Outro trabalho de relevância com este público pelo PIM é o realizado desde 2012 com as mulheres privadas de liberdade na Unidade Materno Infantil (UMI) do Presídio Feminino Madre Peletier.

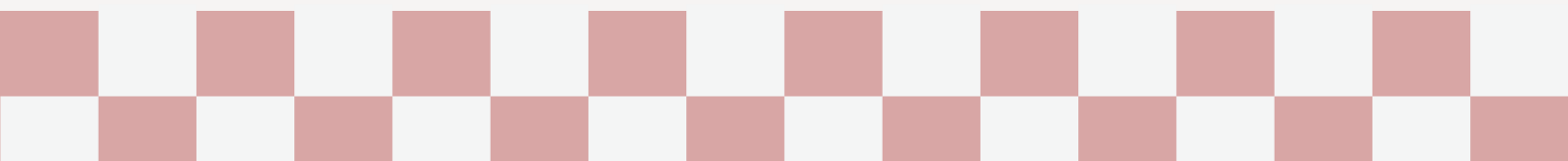
O Programa Mãe Gaúcha também se configura como uma abordagem de incentivo à adesão ao pré-natal. A distribuição gratuita de *kits* de enxoval para gestantes em vulnerabilidade social a partir das 28 semanas de gestação está vinculada ao acompanhamento regular na unidade de saúde, funcionando como um mecanismo de engajamento das usuárias e permitindo a identificação e encaminhamento precoce de situações de risco.

Desde 2021, o Programa de Incentivos Hospitalares Assistir tem viabilizado o fortalecimento da rede de atenção obstétrica a partir do cofinanciamento e monitoramento dos AGAR e das maternidades, visando a distribuição mais equitativa dos recursos e a regionalização dos serviços, assim como a qualificação do atendimento prestado. A equipe da Política de Saúde da Mulher tem dentre as metas para o ano de 2026, um diagnóstico dos serviços de atenção ao pré-natal de alto risco, a fim de viabilizar estratégias de qualificação dos mesmos, a atuação tem se dado em rede em conjunto com outros departamentos da SES.

A fim de qualificar o cuidado pré-natal e mitigar os óbitos maternos no estado, principalmente aqueles decorrentes de causas obstétricas evitáveis, a ampla divulgação e distribuição do Guia do Pré-Natal e Puerpério na APS segue acontecendo nos municípios. A atualização do material e novas edições da capacitação em pré-natal às equipes de saúde, com ênfase na abordagem de síndromes hipertensivas e diabetes mellitus, estão entre as ações da SES/RS para 2026.

Além disso, destaca-se o Protocolo Estadual de Prevenção e Manejo da Hemorragia Puerperal como mais uma estratégia de apoio à luta frente à mortalidade materna, devendo ser utilizado em todas as maternidades vinculadas à rede materno-infantil no estado. Além disso, tem sido articuladas formações para manejo de hemorragia pós-parto para as principais maternidades do estado.

A mitigação da mortalidade materna depende da articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, visando a educação permanente das equipes de saúde e a implementação de boas práticas de cuidado centralizadas na mulher e suas singularidades.



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.

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.

O Indicador Taxa de Mortalidade Infantil (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.

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

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3) - Meta 3.2

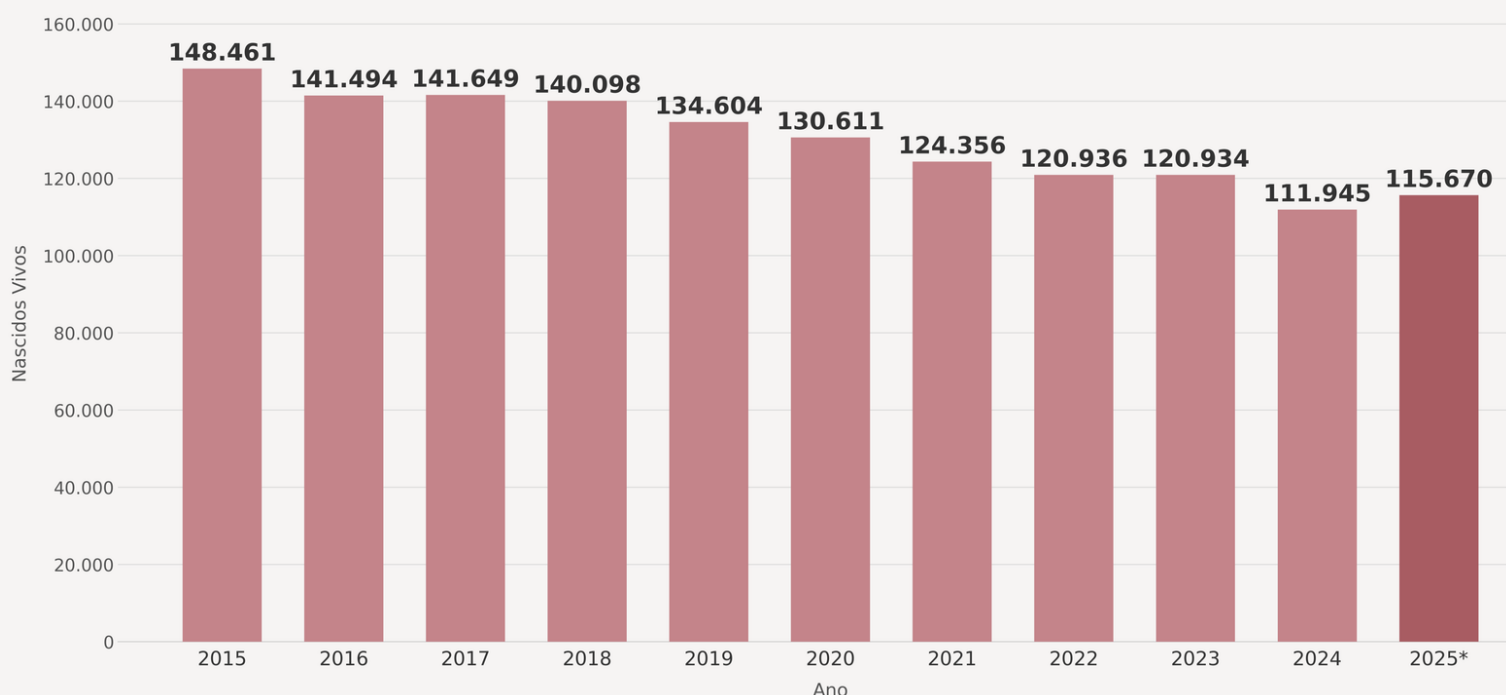
Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos.

As metas de redução da Mortalidade Infantil pactuadas para o estado do RS constam na Resolução nº 123/2024 CIB/RS e Resolução nº 232/2026 CIB/RS, que mantém como meta para o RS uma TMI de 9,8 para 2025 e 9,75 para 2026.

Perfil dos nascidos vivos no RS

Considerando-se a série histórica de 2015 a 2025* preliminar, é possível observar a diminuição no número absoluto de nascimentos a partir de 2015, com exceção de 2025 com leve aumento, conforme mostra o **Quadro 5**. A mesma tendência de diminuição nos nascimentos em nível federal pode ser observada consultando-se dados do DATASUS, embora em menor proporção.

Quadro 5: Série histórica do número de nascidos vivos, RS, 2015 a 2025*



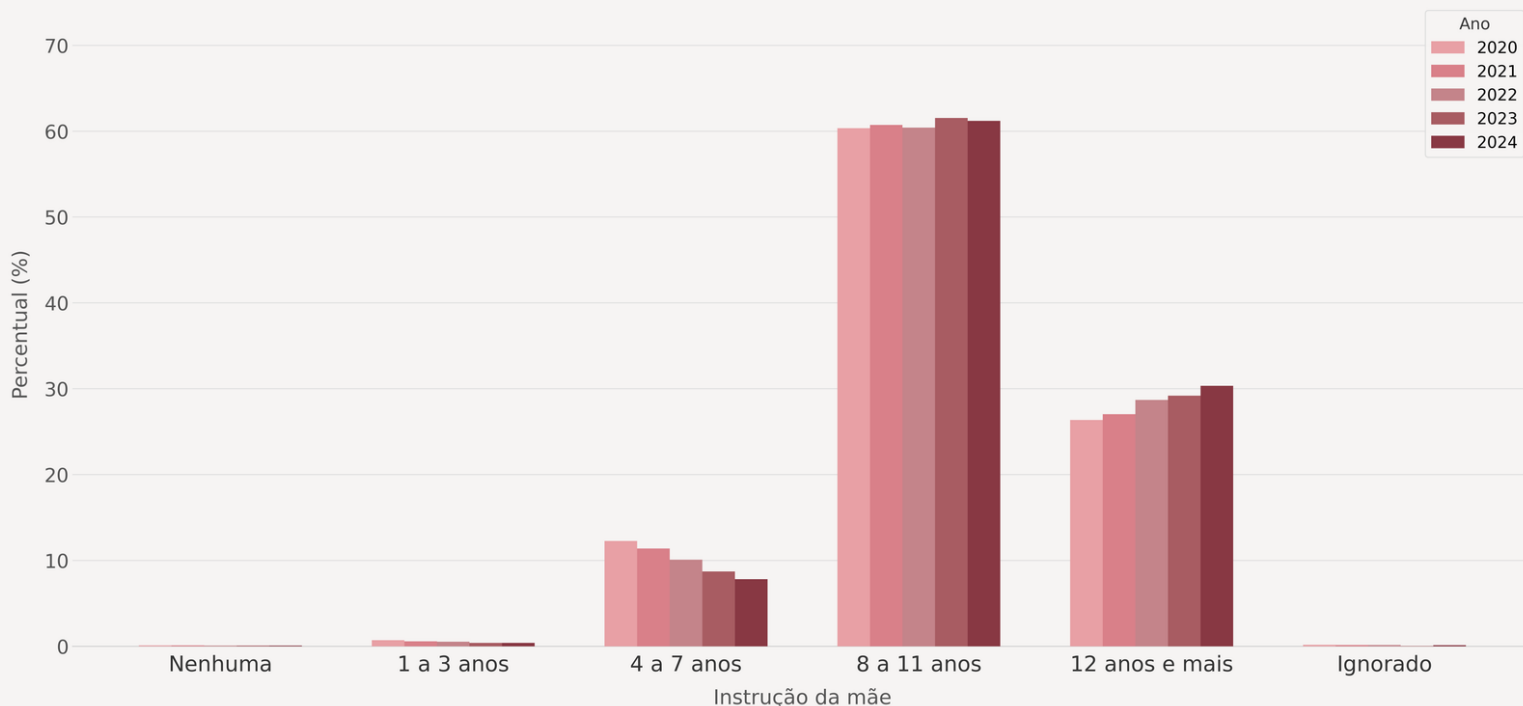
Fonte: MS/SVSA/CGIAE- SINASC (2015 - 2024); BI/DGTI/SES/RS - SINASC (2025* Preliminar).

Nascidos vivos segundo a escolaridade materna

No período de 2020 a 2024, o perfil dos nascimentos no Rio Grande do Sul, segundo a instrução da mãe, evidencia a predominância do grupo com 8 a 11 anos de estudo, que concentra cerca de 60% dos nascimentos ao longo da série histórica, mantendo-se relativamente estável. Observa-se incremento gradual na participação de mães com 12 anos ou mais de escolaridade, concomitantemente à redução do percentual de nascimentos entre mães com 4 a 7 anos de estudo, enquanto os estratos de baixa escolaridade (nenhuma e 1 a 3 anos) permanecem com participação residual.

O baixo percentual de registros com escolaridade ignorada indica adequada completude da informação, apontando para um deslocamento progressivo do perfil de escolaridade materna para níveis mais elevados, sem alterações estruturais abruptas no padrão dos nascimentos no estado.

Quadro 6: Série histórica do percentual de nascimentos segundo anos de instrução da mãe, RS, 2020 a 2024.

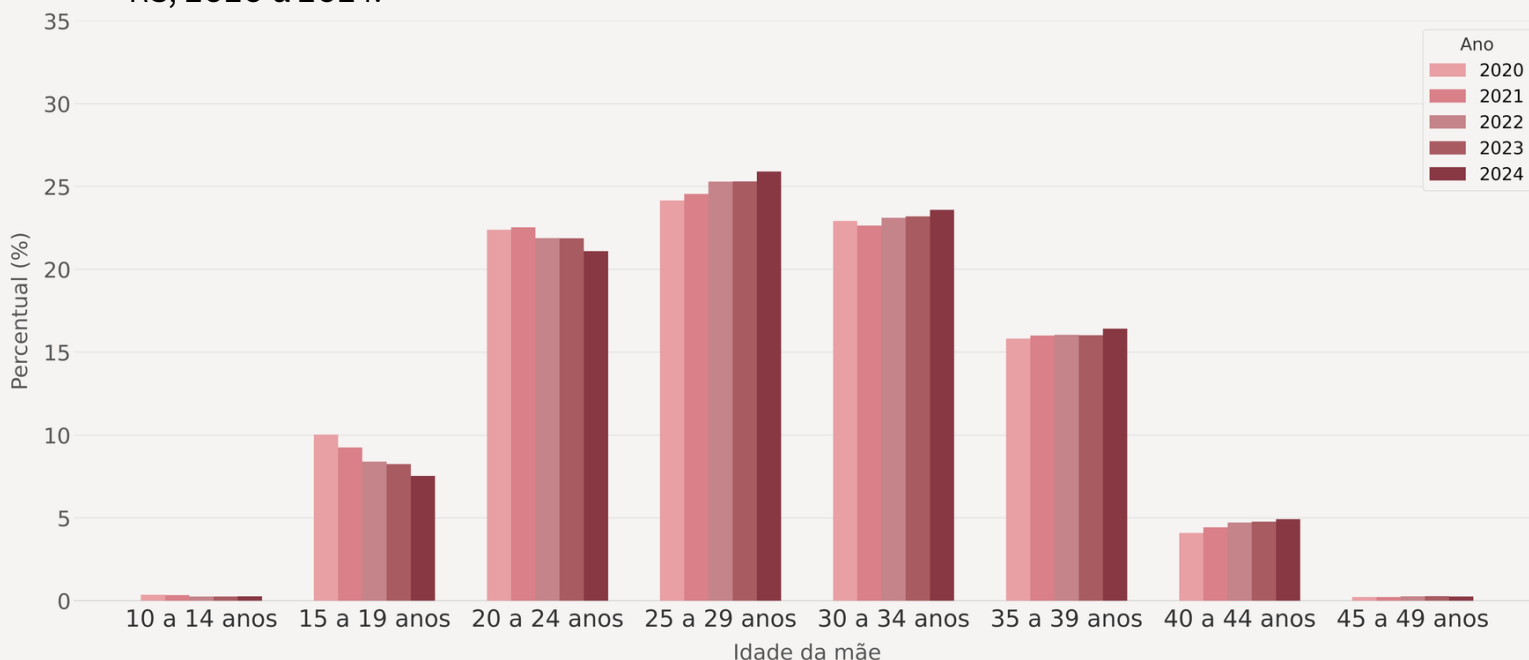


Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/TABNET/DATASUS.

Nascidos vivos por idade da mãe

Observa-se que, no período de 2020 a 2024, os nascimentos no Rio Grande do Sul concentram-se predominantemente nas faixas etárias de 20 a 34 anos, com maior participação do grupo de 25 a 29 anos, que mantém os percentuais mais elevados ao longo de toda a série histórica. Nota-se discreto aumento proporcional dos nascimentos entre mães com 30 a 34 anos e 35 a 39 anos, indicando tendência de deslocamento da maternidade para idades mais avançadas. Em contrapartida, verifica-se redução consistente do percentual de nascimentos entre mães adolescentes, especialmente na faixa de 15 a 19 anos, enquanto em 10 a 14 anos permanecem em baixos percentuais (destaca-se que toda gravidez abaixo de 14 anos é considerada estupro de vulnerável - Lei nº 15.353/2026 -, sendo obrigatória a notificação do caso no SINAN). As faixas etárias de 40 anos ou mais apresentam percentuais baixos, porém com leve incremento ao longo do período analisado, caracterizando um adiamento progressivo da maternidade, sem mudanças abruptas no perfil etário materno no estado.

Quadro 7: Série histórica do percentual de nascimentos segundo a idade da mãe, RS, 2020 a 2024.



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

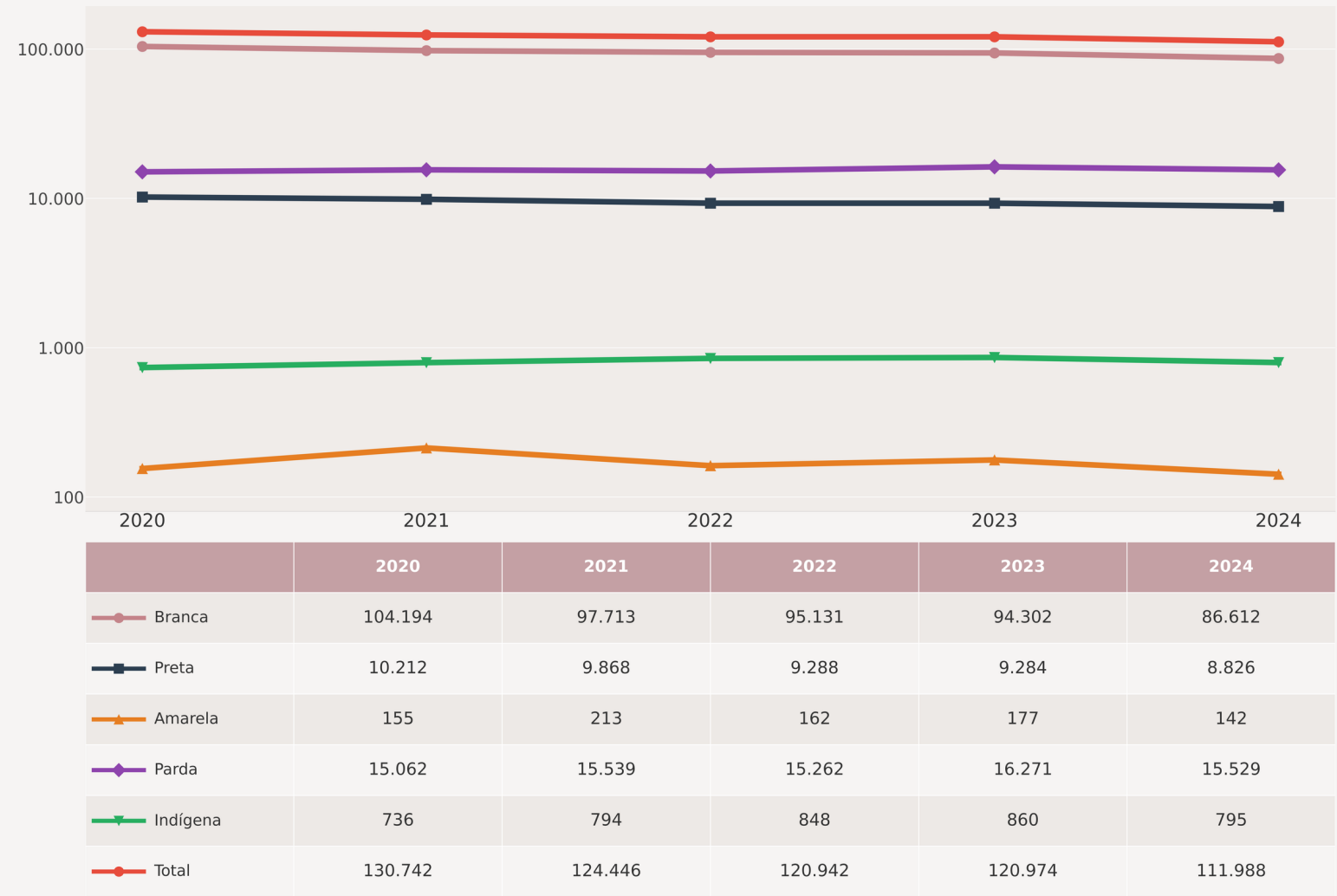
Nascidos Vivos por raça/cor da mãe

O **Quadro 8** apresenta a série histórica dos nascidos vivos no RS entre 2020 e 2024, segundo a raça/cor da mãe. Observa-se uma redução de 10,1% no total de nascimentos no período, passando de 130.611 em 2020 para 111.945 em 2024. No entanto, as variações por raça/cor revelam dinâmicas distintas.

As mães de raça/cor branca concentraram a maioria dos nascimentos em todos os anos analisados, embora tenham apresentado uma redução de 16,9% (de 104.194 para 86.612), contribuindo de forma expressiva para a queda geral no estado. Entre as mães de raça/cor preta, observou-se redução de 13,6% no número de nascimentos no período (de 10.212 para 8.826), embora em magnitude inferior à observada entre mães brancas.

Em contraste, observou-se aumento entre mães de raça/cor parda, com elevação de 15.062 para 15.529 nascimentos (cerca de 3,1%), e entre mães de raça/cor indígena, que, apesar dos números absolutos menores, apresentaram crescimento de aproximadamente 8,0% (de 736 para 795). Já entre mães de raça/cor amarela, os registros permaneceram baixos, sem variações significativas ao longo do período.

Quadro 8: Série histórica dos nascidos vivos por raça/cor da mãe e ano de nascimento, RS, 2020 a 2024.



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

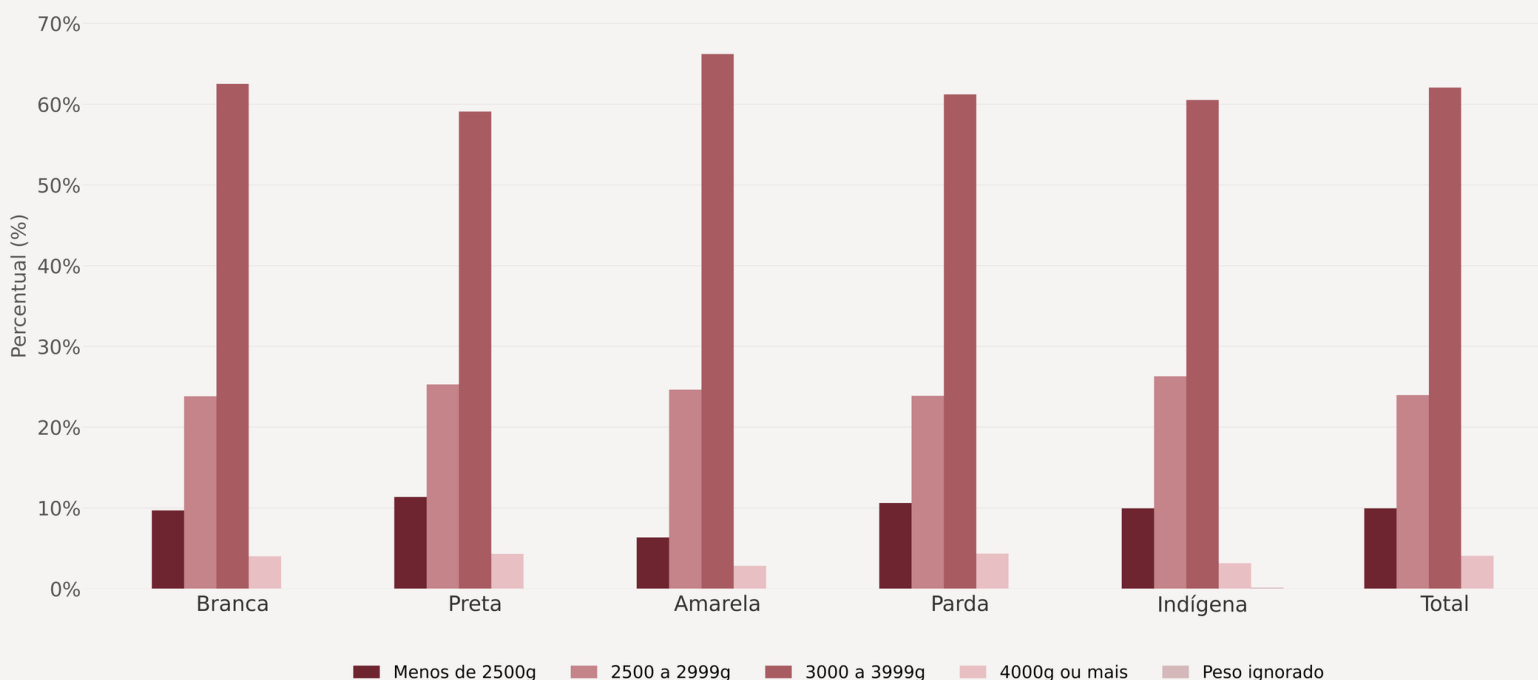
Prematuridade e baixo peso ao nascer segundo raça/cor da mãe

Segundo dados do DATASUS, no ano de 2024, o RS apresentou uma proporção de nascimentos prematuros (<37 semanas de gestação) de 13%, acima portanto da proporção nacional, 12,3%. 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 (16,47%) e pretas (13,8%), seguidas de pardas (13%), brancas (12,88%) e amarelas (10,56%).

Em 2024, o RS apresentou cerca de 9,95% de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (<2.500g). Observou-se desigualdade por raça/cor da mãe, com maiores proporções entre pretas (12,7%) e indígenas (11,2%) e menores entre brancas (9,6%) e amarelas (6,8%). Em todos os grupos predomina o peso de 3.000g–3.999g. Esses achados reforçam a necessidade de ações de equidade e qualificação do pré-natal e da linha de cuidado materno-infantil, com monitoramento sistemático do indicador por raça/cor e atenção à qualidade/completude dos registros.

Quadro 9 - Peso ao nascer, segundo recorte raça/cor da mãe, RS, 2024.



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

Em 2024, no Rio Grande do Sul, 86% dos nascidos vivos apresentaram Apgar adequado (≥ 8) no 1º minuto, proporção que se eleva para 97,2% no 5º minuto, indicando melhora expressiva das condições clínicas dos recém-nascidos após as intervenções neonatais imediatas. No 1º minuto, observaram-se diferenças por raça/cor da mãe, com maiores proporções de Apgar adequado entre filhos de mães amarelas (89,4%) e brancas (86,6%), e menores entre pretas (82,8%) e indígenas (83,9%), evidenciando maior frequência de condições desfavoráveis ao nascimento nesses grupos.

No Apgar do 5º minuto, apesar das altas proporções de adequação em todos os grupos, persistem desigualdades raciais, com menores percentuais entre recém-nascidos de mães indígenas (92,5%) e pretas (95,9%), quando comparados aos filhos de mães brancas (97,5%) e amarelas (97,2%). A persistência de Apgar inferior a 8 no 5º minuto foi mais frequente entre indígenas (7,2%), indicando maior risco neonatal imediato nesse grupo.

Distribuição dos nascimentos raça/cor da mãe, por macrorregião, RS, 2024

A Tabela 8 apresenta a distribuição percentual dos nascidos vivos em 2024 por raça/cor da mãe nas macrorregiões de saúde do RS. A macrorregião Metropolitana concentrou a maior proporção de nascidos vivos em todos os grupos raciais, com destaque para mães pretas (58,5%), seguidas por brancas (42,0%) e pardas (38,7%), o que está associado à maior densidade populacional da região. A macrorregião Norte concentrou a maior proporção de nascidos vivos de mães indígenas (67,4%), evidenciando a presença significativa dessa população no território. As macrorregiões Serra e Centro-Oeste apresentaram maiores proporções de nascidos vivos de mães pardas (15,6% e 12,3%, respectivamente), enquanto a maior participação de mães de raça/cor amarela foi observada nas regiões Sul (16,2%) e Missioneira (14,1%). As regiões Vales e Missioneira, de modo geral, apresentaram menor participação relativa na distribuição dos nascidos vivos entre os diferentes grupos raciais. Observa-se elevada subnotificação da variável raça/cor na Macrorregião Sul, evidenciada pela alta proporção de registros ignorados (45,24%), significativamente superior às demais macrorregiões, indicando importante limitação na qualidade da informação para análise de iniquidades em saúde.

Tabela 8. Distribuição percentual dos nascidos vivos por raça/cor da mãe, por Macrorregião de Saúde, RS, 2024.

Macrorregião de Saúde	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
Vales	8,67	7,27	9,15	5,98	2,77	14,29	8,15
Sul	7,95	13,19	16,20	8,52	1,76	45,24	8,44
Serra	11,19	7,06	13,38	15,64	3,27	0,00	11,42
Norte	12,99	4,08	11,27	11,62	67,42	14,29	12,48
Missioneira	8,86	1,86	14,08	7,23	7,04	7,14	8,07
Metropolitana	42,04	58,50	27,46	38,69	15,72	14,29	42,64
Centro-oeste	8,31	8,04	8,45	12,30	2,01	4,76	8,79
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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

Série histórica da Mortalidade Infantil no RS

A redução da mortalidade infantil permanece como um importante desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. A maioria dessas mortes precoces é considerada evitável, desde que seja assegurado o acesso oportuno a serviços de saúde qualificados. Os óbitos infantis resultam de uma combinação de fatores biológicos, sociais e culturais, bem como de falhas no acesso e/ou na qualidade da assistência prestada no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. Assim, as intervenções voltadas à redução da mortalidade infantil dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população quanto da implementação de ações diretas definidas pelas políticas públicas (BRASIL, 2009).

A **Tabela 9** apresenta o consolidado de nascimentos, óbitos infantis e da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Rio Grande do Sul, no período de 2015 a 2025, considerando bancos de dados fechados e dados preliminares para o ano de 2025. Observa-se uma redução progressiva do número de nascidos vivos ao longo da série histórica, mais acentuada a partir de 2019, quando os registros passaram de 134.399 nascimentos para 111.786 em 2024, com leve aumento nos dados preliminares de 2025 (115.491).

No entanto, o número absoluto de óbitos infantis não acompanha de forma contínua a redução dos nascimentos, apresentando oscilações ao longo do período analisado. Entre 2015 e 2017, observa-se uma queda gradual no número de óbitos infantis, seguida de incremento em 2019. Em 2020, registra-se o menor número absoluto de óbitos infantis da série histórica (1.124), com posterior aumento em 2021 e 2022, seguido de nova redução em 2023 e 2024. Os dados preliminares de 2025 indicam 1.136 óbitos infantis, valor próximo ao observado em 2024.

Tabela 9. Série Histórica da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), RS, 2015-2025*

Ano	Nº Óbitos	Nº Nascidos Vivos	TMI
2015	1.495	148.189	10,09
2016	1.435	141.253	10,16
2017	1.416	141.396	10,01
2018	1.372	139.849	9,72
2019	1.419	134.399	10,56
2020	1.124	130.469	8,62
2021	1.191	124.446	9,59
2022	1.263	120.763	10,46
2023	1.166	120.766	9,65
2024	1.137	111.988	10,15
2025*	1.136	115.491	9,84

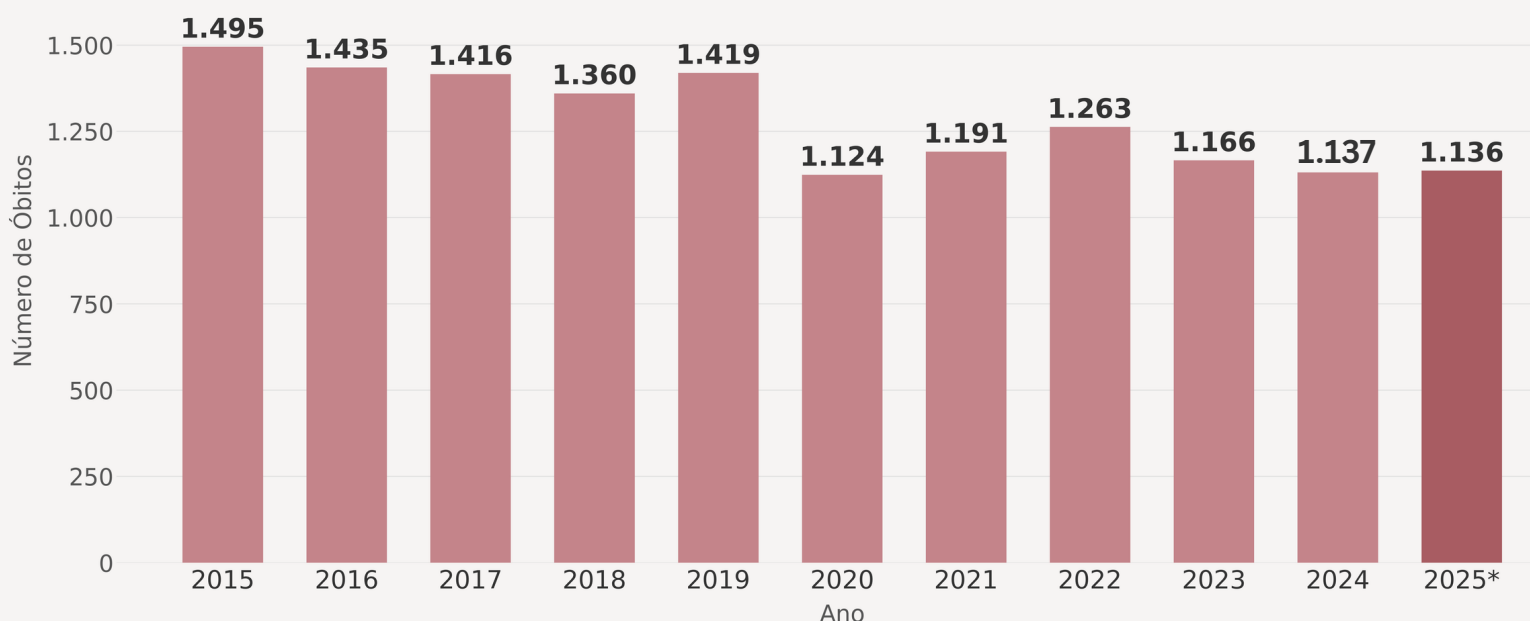
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascimentos - SINASCTABNET/DATASUS; * Dados preliminares.

Como consequência dessas variações no numerador e no denominador, a Taxa de Mortalidade Infantil apresenta comportamento oscilante ao longo da série histórica. Após manter-se em torno de 10 óbitos por mil nascidos vivos entre 2015 e 2017, a TMI reduz-se em 2018 (9,72), eleva-se em 2019 (10,56) e atinge o menor valor da série em 2020 (8,62). Nos anos seguintes, observa-se novo aumento da taxa, com valores de 9,59 em 2021, 10,46 em 2022 e oscilações em 2023 (9,65), 2024 (10,15) e 2025* (9,84).

Esse cenário evidencia que a redução do número de nascidos vivos, isoladamente, não resulta necessariamente em diminuição proporcional da taxa de mortalidade infantil, reforçando a importância da análise conjunta dos números absolutos de óbitos e de nascimentos. Dessa forma, destaca-se a necessidade de estratégias contínuas e integradas de cuidado, vigilância e prevenção, com foco na qualificação da atenção à gestante, ao recém-nascido e à criança nos primeiros anos de vida.

Conforme ilustrado na **Quadro 10**, o ano de 2020 concentrou o menor número absoluto de óbitos infantis e a menor TMI da série histórica, coincidindo com o período da pandemia de Covid-19. Estudos têm apontado hipóteses para essa redução, tanto no componente neonatal quanto no pós-neonatal, possivelmente associadas à menor circulação de agentes infecciosos, à reorganização dos serviços de saúde, ao reforço das medidas de prevenção e a mudanças no comportamento social da população. Entretanto, tais fatores permanecem em investigação, não sendo possível, até o momento, estabelecer uma relação de causalidade direta.

Quadro 10 - Série Histórica do número absoluto de óbitos, RS, 2015-2025*.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS; * Dados preliminares.

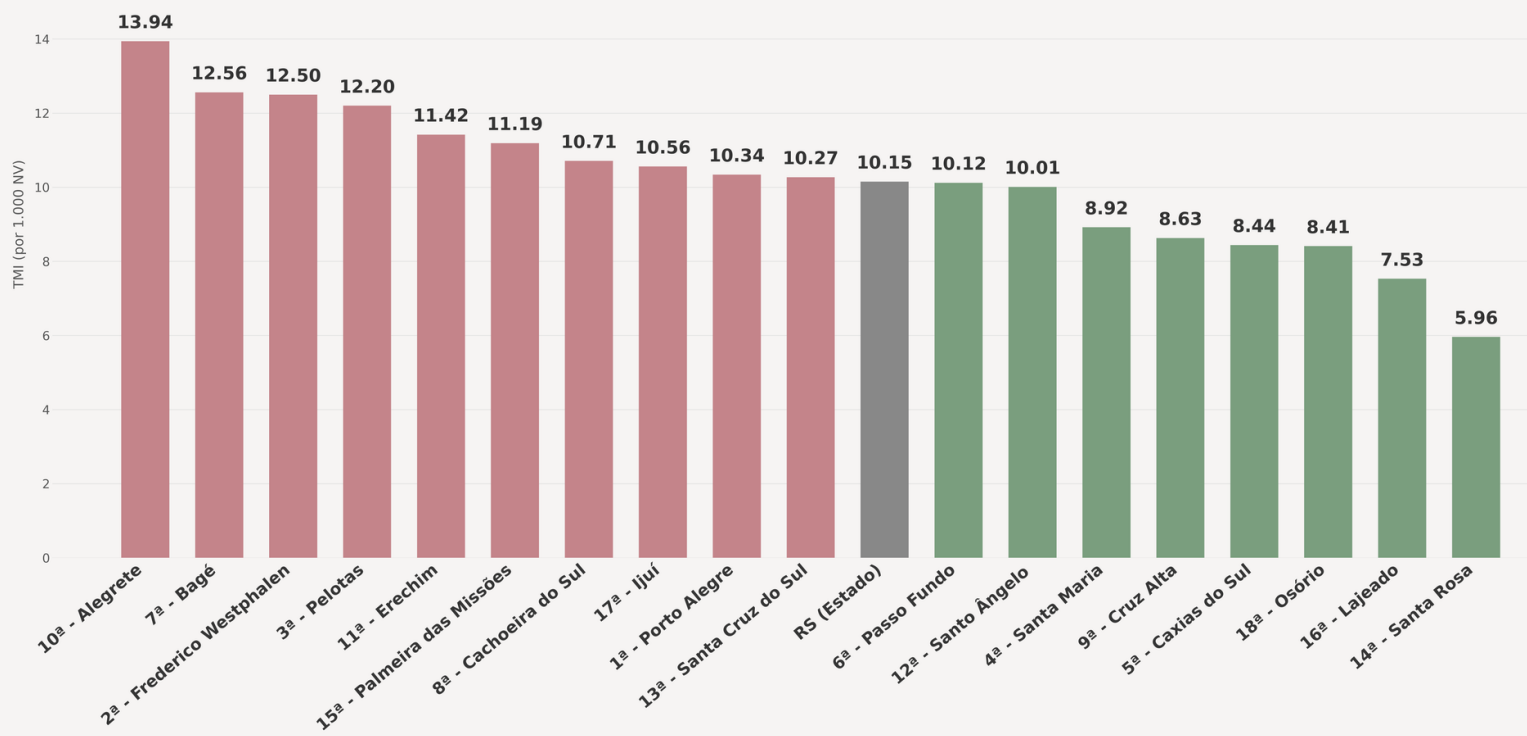
A série histórica do número absoluto de óbitos infantis no Rio Grande do Sul, entre 2015 e 2025*, evidencia comportamento não linear, com períodos alternados de redução e aumento. Observa-se queda gradual entre 2015 e 2018, seguida de elevação em 2019 e uma inflexão importante em 2020, quando se registra o menor número de óbitos da série, coincidindo com o primeiro ano da pandemia de Covid-19.

Nos anos subsequentes, há novo aumento em 2021 e 2022, seguido de redução a partir de 2023, com relativa estabilidade nos dados preliminares de 2025. Embora os valores mais recentes permaneçam inferiores aos observados no início da série, as oscilações indicam que a redução da mortalidade infantil não se deu de forma contínua ou sustentada, refletindo a complexidade de seus determinantes e reforçando a necessidade de estratégias permanentes e integradas de vigilância, prevenção e qualificação da atenção à saúde da gestante, do recém-nascido e da criança.

Dados da mortalidade infantil 2024

O **Quadro 11** mostra a distribuição da taxa de mortalidade infantil, por Coordenadoria Regional de Saúde, no ano de 2024.

Quadro 11 - Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), por Coodenadoria Regional de Saúde, RS, 2024.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascimentos - SINASCTABNET/DATASUS

Observa-se na **Tabela 10** que, no ano de 2024, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Rio Grande do Sul foi de 10,15 por mil nascidos vivos (NV), correspondendo a 1.137 óbitos de crianças menores de um ano e 111.988 nascimentos. Dessa forma, o estado não atingiu a meta estabelecida de até 9,8 óbitos por 1.000 NV para o período.

Em relação ao desempenho por Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), observa-se que apenas a 4ª, 5ª, 9ª, 14ª, 16ª e 18ª CRS apresentaram TMI dentro da meta estadual, evidenciando desigualdades regionais importantes e a necessidade de intensificação de ações nas demais regiões.

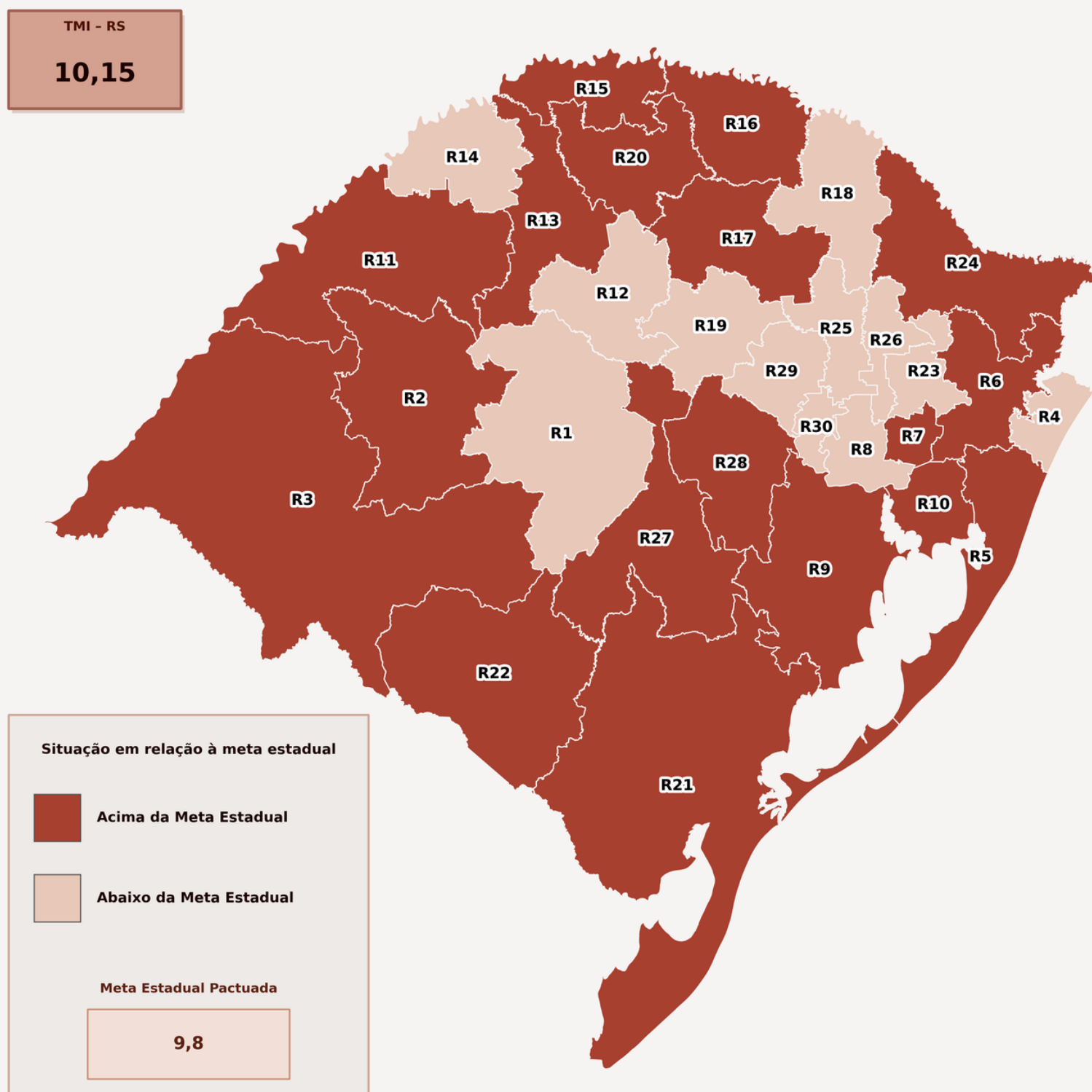
Tabela 10. Numero absoluto de nascimentos, óbitos e taxa de mortalidade infantil, por CRS, RS, 2024.

CRS	Nascidos Vivos	Óbitos	TMI
1ª - Porto Alegre	43.155	446	10,34
2ª - Frederico Westphalen	2.24	28	12,50
3ª - Pelotas	7.622	93	12,20
4ª - Santa Maria	4.932	44	8,92
5ª - Caxias do Sul	12.79	108	8,44
6ª - Passo Fundo	7.412	75	10,12
7ª - Bagé	1.911	24	12,56
8ª - Cachoeira do Sul	1.774	19	10,71
9ª - Cruz Alta	1.506	13	8,63
10ª - Alegrete	4.736	66	13,94
11ª - Erechim	2.451	28	11,42
12ª - Santo Ângelo	2.898	29	10,01
13ª - Santa Cruz do Sul	3.506	36	10,27
14ª - Santa Rosa	2.35	14	5,96
15ª - Palmeira das Missões	1.876	21	11,19
16ª - Lajeado	3.85	29	7,53
17ª - Ijuí	2.463	26	10,56
18ª - Osório	4.516	38	8,41
RS	111.988	1.137	10,15

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascimentos - SINASCTABNET/DATASUS

No que se refere às Regiões de Saúde que apresentaram Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) dentro da meta estadual estabelecida ($\leq 9,8$ por 1.000 nascidos vivos), destacam-se as regiões 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), bem como R29 e R30 (16ª CRS), conforme ilustrado no mapa da **Figura 12**.

Figura 12 - Taxa de Mortalidade Infantil, por Região de Saúde, RS, 2024.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascimentos - SINASCTABNET/DATASUS

Tabela 11 - Taxa de Mortalidade Infantil, por Região de Saúde, RS, 2024.

Reg.	Nome da Região de Saúde	NV	Óbitos	TMI
R1	Verdes Campos	4.106	35	8,52
R2	Entre Rios	1.004	11	10,96
R3	Fronteira Oeste	4.736	66	13,94
R4	Belas Praias	2.019	13	6,44
R5	Bons Ventos	2.497	25	10,01
R6	Vale do Paranhana e Costa Serra	2.546	26	10,21
R7	Vale dos Sinos	8.265	94	11,37
R8	Vale do Caí e Metropolitana	7.822	73	9,33
R9	Carbonífera/Costa Doce	3.801	45	11,84
R10	Capital e Vale do Gravataí	20.804	209	10,05
R11	Sete Povos das Missões	2.898	29	10,01
R12	Portal das Missões	1.328	11	8,28
R13	Diversidade	2.463	26	10,56
R14	Fronteira Noroeste	2.35	14	5,96
R15	Caminho das Águas	2.24	28	12,50
R16	Alto Uruguai Gaúcho	2.451	28	11,42
R17	Planalto	4.813	55	11,43
R18	Araucárias	1.415	11	7,77
R19	Botucaraí	1.184	9	7,60
R20	Rota da Produção	1.876	21	11,19
R21	Sul	7.539	92	12,20
R22	Pampa	1.911	24	12,56
R23	Caxias e Hortênsias	6.331	54	8,53
R24	Campos de Cima da Serra	1.193	17	14,25
R25	Vinhedos e Basalto	3.366	22	6,54
R26	Uva Vale	1.9	15	7,89
R27	Jacuí Centro	1.774	19	10,71
R28	Vinte e Oito	3.506	36	10,27
R29	Vales e Montanhas	2.47	21	8,50
R30	Vale da Luz	1.38	8	5,80
Total		111.988	1.137	10,15

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascimentos - SINASCTABNET/DATASUS

Referente às principais causas de mortalidade infantil segundo a Lista CID-10/DATASUS no ano de 2024, encontram-se detalhadas na **Tabela 12**. Observa-se que os óbitos por afecções originadas no período perinatal corresponderam a 54,09% (n=615) do total, destacando-se aqueles relacionados a fatores maternos e complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (37,1%), seguidos por septicemia bacteriana do recém-nascido (14,3%) e outras afecções respiratórias do recém-nascido (11,7%).

No grupo das malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas, que representaram 28,58% (n=325) dos óbitos, predominam as malformações congênicas do coração, responsáveis por 42,8% (n=139) desses casos.

Em relação às causas externas, que corresponderam a 5,28% (n=60) dos óbitos, destacam-se os eventos relacionados a outros riscos acidentais à respiração (83,3%). Já as doenças do aparelho respiratório representaram 3,52% (n=40) dos óbitos, com predomínio de bronquiolite aguda (42,5%) e pneumonia (30,0%).

Tabela 12 - Causas de mortalidade infantil de acordo com a lista CID-10, RS, 2024.

Causa do Óbito Infantil	Nº	%
1- XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	615	54,09
Fatores maternos e complicações da gravidez e parto	228	37,1
Septicemia bacteriana do recém-nascido	88	14,3
Outras afecções respiratórias do recém-nascido	72	11,7
Restante das afecções perinatais	58	9,4
Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido	50	8,1
Enterocolite necrotizante do feto e recém-nascido	40	6,5
Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	40	6,5
Transtornos relacionados à duração da gravidez	32	5,2
Pneumonia congênita	7	1,1
2- XVII Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	325	28,58
Malformações congênicas do coração	139	42,8
Outras malformações congênicas	69	21,2
Síndrome de Down e outras anomalias cromossômicas	56	17,2
Malformações congênicas do aparelho respiratório	33	10,2
Malformações congênicas do sistema nervoso	28	8,6

Tabela 12 - Causas de mortalidade infantil de acordo com a lista CID-10, RS, 2024 (continuação).

3- XX Causas externas de morbidade e mortalidade	60	5,28
Outros riscos acidentais à respiração	50	83,3
Agressões	6	10,0
Acidentes de transporte	2	3,3
Todas as outras causas externas	2	3,3
4- X Doenças do aparelho respiratório	40	3,52
Bronquiolite aguda	17	42,5
Pneumonia	12	30,0
Restante das doenças do aparelho respiratório	10	25,0
Outras infecções respiratórias agudas	1	2,5
5- XVIII Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	35	3,08
Outros sintomas, sinais e achados anormais	25	71,4
Síndrome da morte súbita na infância	10	28,6
6- I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	25	2,20
Septicemia	9	36,0
Sífilis congênita	8	32,0
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa	5	20,0
Outras doenças infecciosas e parasitárias	3	12,0
Outras	37	3,25
TOTAL	1.137	100

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS.

Perfil dos Óbitos Infantis em 2024

Quanto à caracterização dos óbitos infantis, de acordo com o DATASUS, observa-se que aproximadamente 71,0% do total corresponderam ao componente neonatal (0 a 27 dias de vida). Em relação ao peso ao nascer, 65,26% dos óbitos ocorreram entre recém-nascidos com baixo peso ao nascer (<2.500g). No que se refere à idade gestacional, 64,3% dos 1.137 óbitos infantis registrados no período ocorreram entre crianças nascidas pré-termo (<37 semanas de gestação), evidenciando a expressiva participação da prematuridade e do baixo peso na mortalidade infantil.

Ao analisarmos a **Tabela 13**, observa-se que em números absolutos e percentuais, os óbitos infantis se concentram na faixa etária da mãe entre 20 e 34 anos de idade. No entanto, ao analisar a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) segundo a idade materna, destaca-se que, na faixa etária de 10 a 14 anos, a TMI alcança 13,7 óbitos por mil nascidos vivos, valor superior à taxa estadual.

Tabela 13 - Número de óbitos infantis/residência por idade da mãe, RS, 2024.

Faixa etária da mãe	Óbitos (nº absoluto)	Percentual
10 a 14 anos	4	0,4%
15 a 19 anos	100	8,8%
20 a 24 anos	251	22,1%
25 a 29 anos	244	21,5%
30 a 34 anos	228	20,1%
35 a 39 anos	146	12,8%
40 a 44 anos	90	7,9%
45 a 49 anos	3	0,3%
50 a 54 anos	1	0,1%
Ignorado	70	6,2%
TOTAL	1.137	100%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS.

Conforme apresentado na **Tabela 14**, observa-se que a maior proporção de óbitos infantis ocorreu entre filhos de mães com 8 a 11 anos de escolaridade, concentrando 614 óbitos, o que corresponde a 54,0% do total. Ressalta-se ainda que 13,8% dos óbitos apresentaram a informação de escolaridade materna ignorada, evidenciando a necessidade de qualificação do preenchimento dessa variável nos sistemas de informação.

Tabela 14- Número de óbitos infantis/residência por anos de instrução da mãe, RS, 2024.

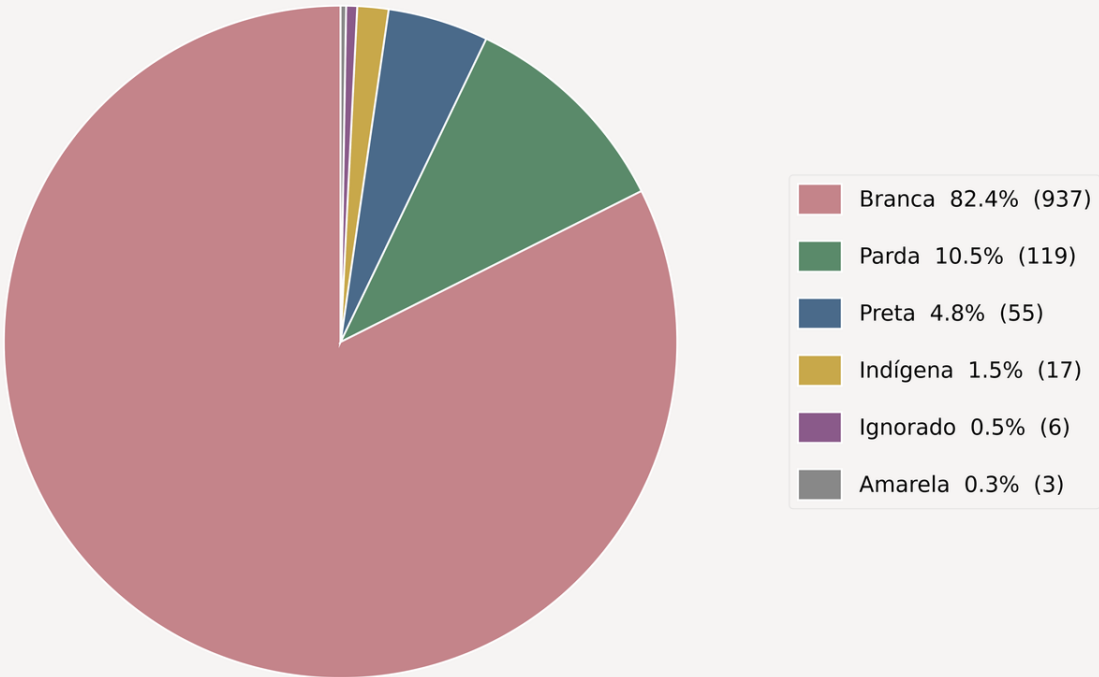
Escolaridade da mãe	Óbitos	%
Nenhuma	17	1,5%
1 a 3 anos	14	1,2%
4 a 7 anos	122	10,7%
8 a 11 anos	614	54,0%
12 anos e mais	213	18,7%
Ignorado	157	13,8%
TOTAL	1.137	100%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS.

Análise dos Óbitos Infantis segundo Raça/Cor

Ao analisar o perfil dos óbitos infantis segundo o quesito raça/cor, conforme registrado na Declaração de Óbito (DO), observa-se na **Figura 13** a distribuição percentual em relação ao número absoluto de óbitos. Verifica-se que a maioria das crianças que evoluíram a óbito nessa faixa etária foi declarada como de cor branca, correspondendo a 82,4% (937 óbitos), seguida pelas declaradas como pardas, com 10,5% (119 óbitos), e pretas, que representaram 4,8% (55 óbitos).

Figura 13 - Percentual de óbitos infantis por raça/cor/etnia em relação ao número total de óbitos, RS, 2024.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS.

Mortalidade infantil entre crianças indígenas

A mortalidade infantil de crianças indígenas, ainda que represente um percentual menor (1,5%) sobre o total de óbitos, corresponde em números absolutos a 17 óbitos em 2024. Ressalta-se que no preenchimento das Declarações de Óbito (DO) no quesito raça/cor, em 2024 cerca de 0,5% dos óbitos tiveram essa variável ignorada, evidenciando adequada completude da informação.

As TMI entre crianças filhas de mães indígenas no RS continuam mais elevadas do que entre crianças filhas de mães brancas. Em 2024, a taxa de mortalidade infantil para crianças filhas de mães indígenas foi de 21,38 por mil nascidos vivos, aproximadamente duas vezes maior do que a taxa observada entre crianças brancas (10,87 por mil nascidos vivos). Esse padrão de iniquidade, embora com redução em relação a 2022, quando a TMI indígena atingiu 28,3 por mil nascidos vivos, quase três vezes superior à taxa entre crianças brancas (10,9), e a 2023, quando permaneceu em 18,6 frente a 10,4 entre brancas, segue sendo expressivo e preocupante. Esses dados reforçam a necessidade de ações intersetoriais específicas e qualificadas voltadas à redução das iniquidades em saúde que afetam os povos 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 Boletim Informativo de Saúde Indígena 2025 e o Plano de Ação Estadual da Saúde Indígena 2024-2027, apresentando aos gestores municipais e estaduais, bem como à sociedade civil, a situação de saúde dos povos indígenas do estado, a partir de dados demográficos e epidemiológicos. Além disso, o plano contempla 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.

Análise dos óbitos infantis por raça/cor e causas de morte em crianças negras no RS em 2024

Em 2024, a distribuição percentual dos óbitos infantis por raça/cor nas macrorregiões do RS evidenciou desigualdades (Tabela 15). A macrorregião Metropolitana apresentou a maior proporção de óbitos totais (42,66%), além de concentrar as maiores proporções de óbitos de crianças pretas (54,55%), pardas (44,54%) e de raça/cor ignorada (66,67%), o que pode refletir falhas no registro da informação. 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 (20,00%) e pardas (17,65%). A região Norte concentrou a maioria dos óbitos de crianças indígenas (64,71%), enquanto Missioneira e Metropolitana também apresentaram proporções relevantes nesse grupo.

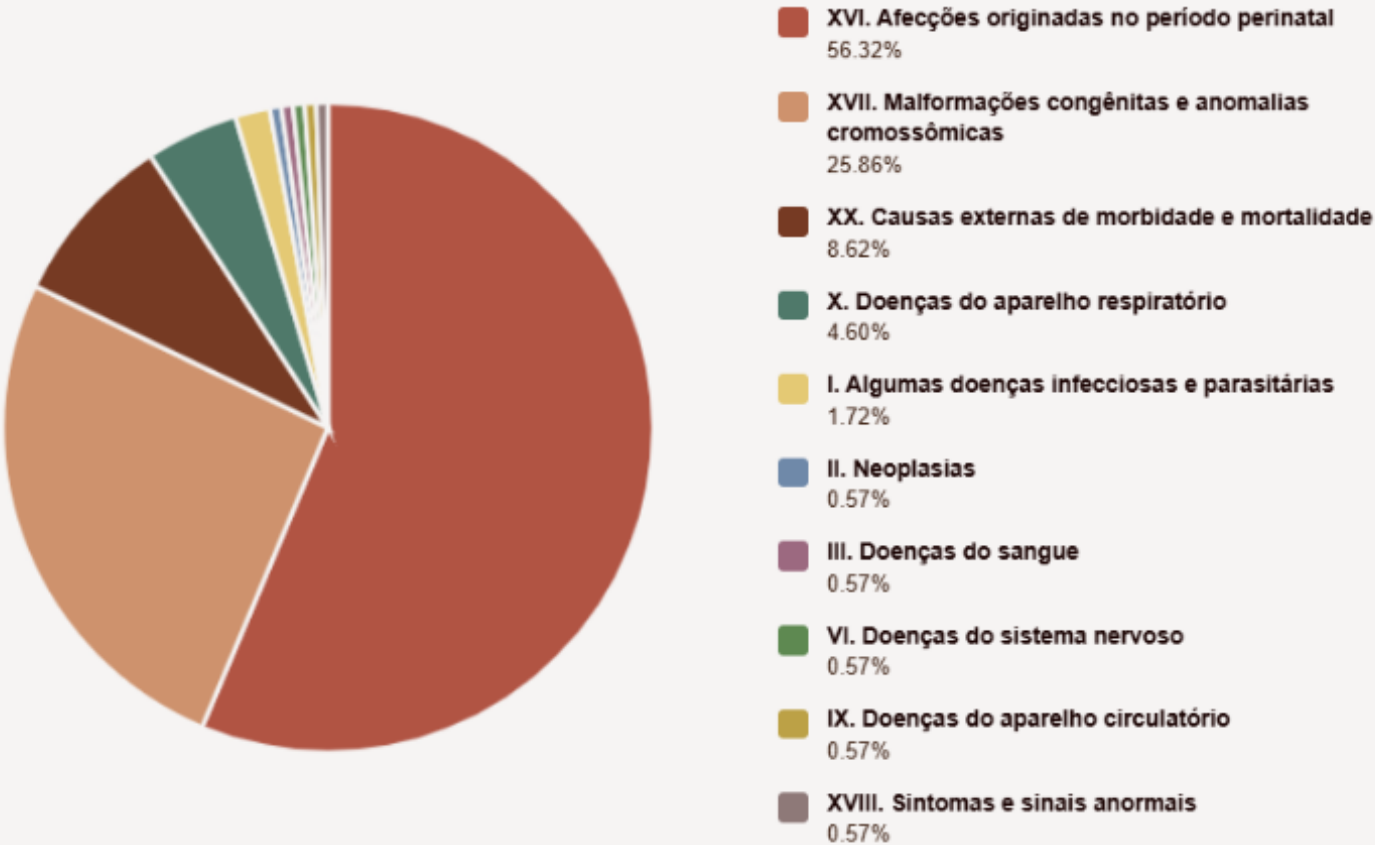
Tabela 15 - Distribuição percentual dos óbitos infantis por raça/cor nas Macrorregiões de Saúde, RS, 2024.

Macrorregião de Saúde	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
Vales	7,47	12,73	0,00	5,88	0,00	0,00	7,39
Sul	8,96	20,00	0,00	17,65	0,00	0,00	10,20
Serra	10,25	3,64	0,00	7,56	5,88	0,00	9,50
Norte	13,23	5,45	66,67	9,24	64,71	16,67	13,37
Missioneira	7,79	0,00	0,00	4,20	5,88	16,67	7,04
Metropolitana	42,05	54,55	0,00	44,54	23,53	66,67	42,66
Centro-oeste	10,25	3,64	33,33	10,92	0,00	0,00	9,85
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS.

Em 2024, o RS registrou 174 óbitos infantis de crianças negras, sendo 55 de crianças pretas e 119 de crianças pardas, segundo dados do SIM. As principais causas foram afecções perinatais (56,32%), seguidas por malformações congênitas (25,86%), causas externas (8,62%) e doenças respiratórias (4,60%), conforme **Figura 14**. Essas causas, em grande parte evitáveis, refletem fragilidades na atenção à saúde durante a gestação, o parto e o período neonatal.

Figura 14. Percentual de óbitos em crianças negras, RS, 2024.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS.

A predominância de óbitos por causas perinatais e congênitas evidencia a importância de um pré-natal qualificado, com acompanhamento oportuno, continuidade do cuidado e acesso garantido a exames e orientações. Proporcionalmente, crianças pretas e pardas expressam de forma mais acentuada as iniquidades presentes no período perinatal.

Esse cenário reflete desigualdades raciais no acesso e na qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e dos cuidados neonatais. Adicionalmente, as causas externas e as doenças respiratórias apontam desafios associados às condições de vida e às fragilidades nas ações de prevenção de agravos na infância.

Conforme destaca a Área Técnica de Saúde da População Negra e Quilombola/POPES/DAPPS/SES-RS:

“Esses achados reforçam a urgência de qualificar o cuidado às gestantes e às crianças negras, por meio de ações específicas voltadas à promoção da equidade racial, conforme estabelece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde.”

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.

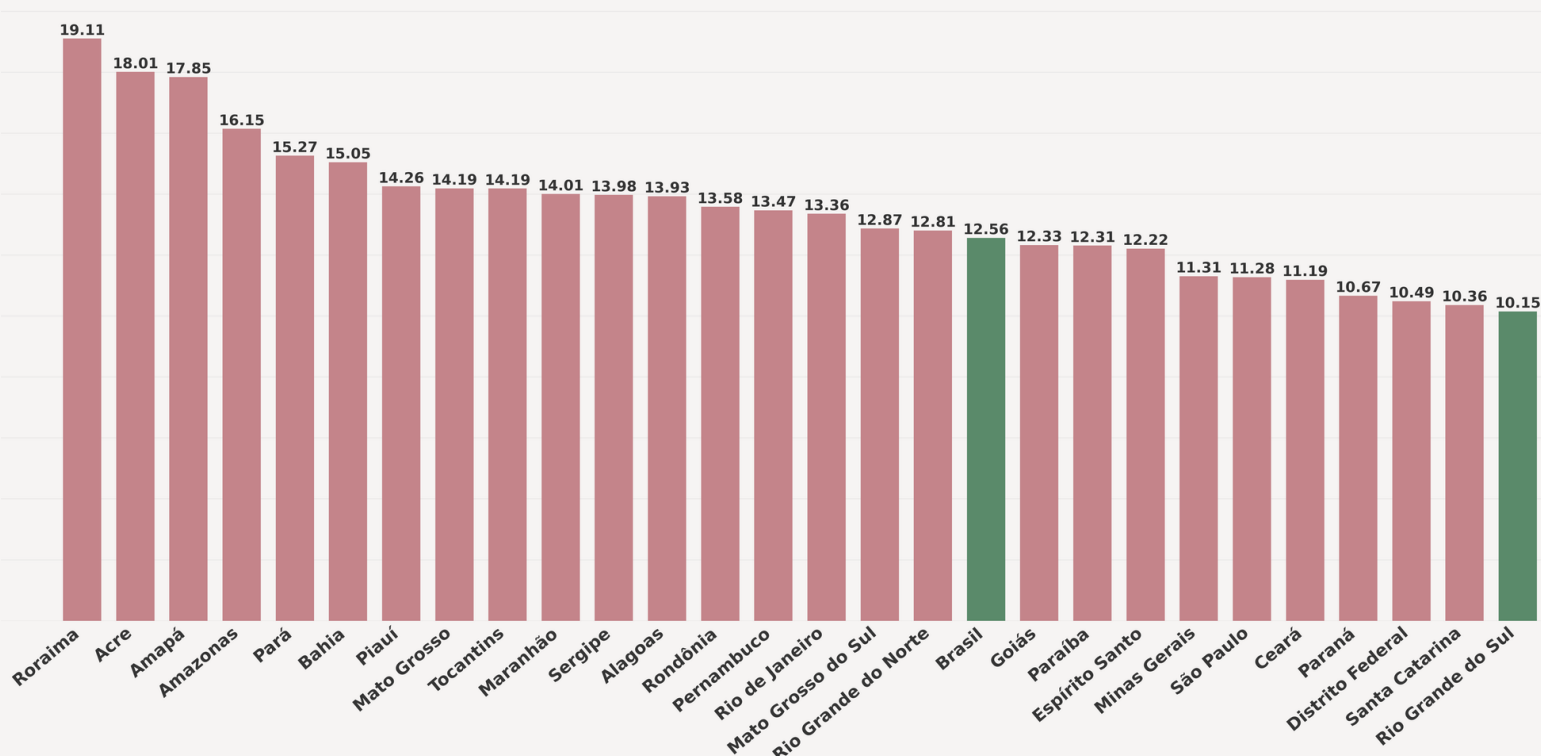
Nesse sentido, um passo fundamental seria o efetivo registro das duas variáveis, quais sejam, a cor/raça da criança e da mãe, na DNV e, também, a disponibilização dessas variáveis de forma explícita e diferenciada em ambos os mecanismos de acesso aos dados do SINASC (TabNet e TabWin) (CALDAS, SANTOS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

Comparativo dos dados de mortalidade infantil no RS e no Brasil em 2024

Observa-se, no Brasil, uma tendência histórica de redução da taxa de mortalidade infantil (TMI) em menores de 1 ano, com declínio contínuo ao longo das últimas décadas. Esse movimento está associado, entre outros fatores, à melhoria das condições de vida da população e à ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), com fortalecimento de ações como o pré-natal, a promoção do aleitamento materno, a imunização e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

No ano de 2024, o estado do Rio Grande do Sul apresentou TMI de 10,15 óbitos por mil nascidos vivos, correspondendo à menor taxa do país no período, além de valor inferior à taxa nacional de 12,56 por mil nascidos vivos. A análise comparativa entre as Unidades da Federação evidencia importante heterogeneidade regional, com predomínio de maiores taxas nas regiões Norte e Nordeste, enquanto as menores taxas concentram-se nas regiões Sul e Sudeste. Ressalta-se que a TMI é um indicador de polaridade negativa, ou seja, quanto menor o valor, melhor o desempenho das condições de saúde infantil. Nesse contexto, o Rio Grande do Sul destaca-se nacionalmente ao apresentar o melhor resultado entre os estados brasileiros.

Quadro 12 - Taxa de Mortalidade Infantil, por Unidade da Federação, Brasil, 2024.



A **Tabela 16** apresenta o comparativo das Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) do Brasil e do Rio Grande do Sul em 2024, de acordo com o período de ocorrência do óbito. Observa-se que a maior concentração de óbitos ocorre no período neonatal (0 a 27 dias), tanto no Brasil (8,42 por mil nascidos vivos) quanto no Rio Grande do Sul (7,24 por mil). Dentro desse componente, o período neonatal precoce (0 a 6 dias) apresenta as maiores taxas, correspondendo a 6,25 no Brasil e 4,96 no estado. De modo geral, o Rio Grande do Sul apresenta taxas inferiores às nacionais na maioria dos componentes da mortalidade infantil, com destaque para os períodos neonatal precoce e pós-neonatal (28 a 364 dias), indicando melhor desempenho em relação ao país. Entretanto, observa-se que, no componente neonatal tardio (7 a 27 dias), o estado apresenta taxa ligeiramente superior à nacional (2,28 versus 2,17 por mil nascidos vivos).

Tabela 16 - Taxas de mortalidade infantil, Brasil e Rio Grande do Sul, por período, 2024.

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	12,56	8,42	6,25	2,17	4,15
RS	10,15	7,24	4,96	2,28	2,91

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascimentos - SINASCTABNET/DATASUS

Por outro lado, o Rio Grande do Sul acompanha o perfil nacional das principais causas de mortalidade infantil, conforme apresentado na **Tabela 17**. Observa-se que as afecções originadas no período perinatal permanecem como a principal causa de óbito em menores de 1 ano (53,73%), seguidas pelas malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas (24,32%). Na terceira posição, no Brasil, destacam-se as doenças do aparelho respiratório (5,64%), seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias (4,46%) e pelas causas externas de morbidade e mortalidade (3,89%). Nesse contexto, o Rio Grande do Sul mantém semelhança com o padrão nacional quanto às principais causas, porém apresenta diferenciação na ordenação das causas a partir da terceira posição, com maior relevância relativa das causas externas que no estado ocupa a terceira posição.

Tabela 17 - Causas de Mortalidade Infantil, por local de residência, na faixa etária menor de 1 ano, por Capítulo da CID-10, Brasil, 2024.

Causas	%
XVI. Afecções originadas no período perinatal	53,73
XVII. Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	24,32
X. Doenças do aparelho respiratório	5,64
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,46
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3,89
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	2,23

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS.

Análise da mortalidade infantil no RS em 2024

Em 2024, a TMI foi de 10,15 por mil nascidos vivos, valor superior à meta estadual pactuada de 9,8, evidenciando que o estado ainda não retomou a trajetória descendente do indicador. No entanto, quando comparado com as demais unidades federativas o RS teve a menor taxa de mortalidade infantil do país.

Importante lembrar que, no ano de 2024, o RS foi atingido por eventos climáticos extremos relacionados a chuvas intensas, sendo decretado estado de calamidade pública em todo o território estadual por meio do Decreto nº 57.596, de 1º de maio de 2024. Além da perda de vidas, a infraestrutura do estado foi severamente danificada, especialmente a Rede de Atenção à Saúde, incluindo a Rede Materno-Infantil. Contudo, as políticas públicas estaduais atuaram de forma articulada com os municípios, a União e a sociedade, com o objetivo de desenvolver estratégias e fluxos alternativos de acesso aos serviços e à continuidade do cuidado em saúde, buscando minimizar os danos decorrentes do cenário de calamidade.

Quanto à distribuição dos óbitos por macrorregião de saúde em 2024, as maiores taxas foram observadas nas macrorregiões Sul (12,28) e Centro-oeste (11,38), enquanto a macrorregião Serra apresentou a menor taxa entre as macrorregiões (8,44). A macrorregião Norte manteve taxas elevadas (10,87), especialmente em função da concentração de óbitos de crianças indígenas nessa região, que concentrou 64,71% dos óbitos infantis indígenas do estado.

Com relação às causas de óbito em 2024, as afecções originadas no período perinatal e as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas se mantêm como as duas principais causas de mortalidade infantil, correspondendo respectivamente a 54,09% e 28,58% do total de óbitos. As causas externas representaram 5,28% dos óbitos, com destaque para outros riscos acidentais à respiração (83,3% desse grupo).

Ao se analisar os óbitos considerando a idade materna, a taxa de gravidez na adolescência continua em declínio no estado, contudo a TMI de filhos de mães adolescentes permanece elevada. Em 2024, registrou-se TMI de 11,86 por mil nascidos vivos (100 óbitos para 8.433 nascimentos) entre mães de 15 a 19 anos, alcançando 13,70 óbitos por mil nascidos vivos (4 óbitos e 292 nascimentos) na faixa etária de 10 a 14 anos.

Fazendo referência aos fatores de risco para a mortalidade infantil, como a prematuridade e o baixo peso ao nascer, destacam-se desigualdades raciais importantes. Em 2024, a proporção de nascimentos prematuros no estado foi de 13,0%, porém no recorte raça/cor da mãe chega a 13,8% entre a raça/cor preta e 16,47% na indígena. O mesmo padrão se repete no baixo peso ao nascer, onde a maior proporção está entre os filhos de mães pretas (12,7%) e indígenas (11,2%).

Ao se observar o recorte por raça/cor, a mortalidade infantil indígena no RS registrou 17 óbitos em 2024, correspondendo a uma TMI de 21,38 por mil nascidos vivos entre crianças filhas de mães indígenas — taxa mais que duas vezes superior à observada entre filhos de mães brancas (10,87 por mil nascidos vivos). Esses dados reforçam a persistência de iniquidades estruturais que afetam historicamente essa população e a necessidade de ações intersetoriais específicas e continuadas voltadas à redução dessas desigualdades.

Cabe ressaltar que em todos os recortes analisados, a redução da mortalidade infantil, principalmente em seu componente neonatal — que permanece predominante em 2024, correspondendo a 71,0% do total de óbitos —, constitui-se 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 a 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 compartilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologias que influenciam os desfechos tanto para o feto ao final da gestação quanto para a criança nas primeiras horas e dias de vida. Os óbitos fetais também são, em grande medida, considerados potencialmente evitáveis. No entanto, historicamente, têm sido negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram à sua rotina a análise dessas ocorrências (Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e Comitês de Prevenção, 2009).

CONCEITOS

Óbito fetal

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

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 da Taxa de Mortalidade Fetal (Ministério da Saúde)

**Número de óbitos fetais
(22 semanas de gestação e mais)*, de mães residentes**

**Número de nascimentos totais de mães residentes
(nascidos vivos + óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação)**

x 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 (MS).

Mortalidade Fetal no RS em 2024

Segundo dados do TABNET/DATASUS, assim como acontece na mortalidade infantil, o número absoluto de óbitos fetais no RS, independente da duração da gestação, tem apresentado tendência de redução nos últimos dez anos, passando de 1.262 em 2014 para 908 em 2024.

No ano de 2024, a taxa de mortalidade fetal no estado foi de 7,07 por mil nascimentos, situando-se abaixo da taxa nacional, que alcançou 8,98 por mil no mesmo período (DATASUS). Da mesma forma que a Taxa de Mortalidade Infantil, ressalta-se que este é um indicador com polaridade negativa, ou seja, quanto menor o valor atingido, melhor o resultado. As causas de óbito fetal, conforme já mencionado, apresentam perfil semelhante às causas da mortalidade infantil, especialmente aquelas relacionadas ao componente neonatal precoce.

Independente da duração da gestação, dentre as principais causas de óbito fetal no ano de 2024, de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), estão as afecções originadas no período perinatal, com 808 casos (89%), dessas a maioria devido à complicações da gravidez, duração da gravidez, hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer com 445 casos (55.07%); na segunda posição as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, com 90 casos (9.9%) e na terceira posição as doenças infecciosas e parasitárias com 10 casos (1.1%), sendo a sífilis congênita a causa da totalidade desse grupo. Dados extraídos do TABNET/DATASUS, acessados em maio de 2026.

Investigação do óbito infantil e fetal

Também é fundamental reiterar que 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 concluam 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 concluídas fora do prazo, ainda que tardiamente, devem ser inseridas no SIM federal, o que torna os dados dinâmicos.

Tabela 18 - Percentual de Investigação do Óbito Infantil e Fetal, por Grupo Etário, RS, 2019 - 2024*.

Grupo Etário	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Fetal	86,32	83,19	87,56	84,62	87,63	83.37
Neonatal Precoce	91,00	84,98	90,21	88,98	89,14	85.79
Neonatal Tardia	90,79	86,12	91,76	86,87	86,64	85.10
Neonatal	90,94	85,30	90,67	88,36	88,48	85.57
Pós-neonatal	89,83	88,42	92,11	86,72	88,73	85.28
Infantil	90,62	86,02	91,04	87,86	88,56	85.49
Fetal e Infantil	88,77	84,65	89,39	86,44	88,14	84.55

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS. *Os dados podem sofrer alterações.

Ao longo da série histórica apresentada na **Tabela 18**, observa-se oscilação nos percentuais, porém com tendência de estabilidade no quantitativo de casos investigados, em relação aos casos notificados no SIM Federal, por grupo etário. Na **Tabela 19**, identificam-se percentuais de investigação consideravelmente baixos em determinadas Regiões de Saúde. Por outro lado, é importante destacar que um elevado percentual de investigação de óbitos em um município e/ou região não necessariamente reflete a qualidade ou a completude das informações obtidas nas fichas de investigação.

Nesse contexto é importante ratificar que, ao analisar as fichas sínteses registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), observa-se, em parte dos casos investigados, a ocorrência de incompletude de dados referentes à assistência prestada à gestante e ao recém-nascido. Essa limitação informacional compromete a adequada identificação dos determinantes e fatores associados ao óbito, dificultando a análise epidemiológica e a formulação de estratégias de intervenção voltadas à prevenção de novos óbitos infantis e fetais.

Tabela 19- Distribuição locorregional do percentual de óbitos infantis e fetais investigados, RS, 2024*.

Macrorregião	CRS	Região de Saúde	Investigados	Total Óbitos	%
Centro-Oeste	4ª - Santa Maria	R01 - Verdes Campos	43	78	55.13
		R02 - Entre Rios	16	19	84,21
	10ª - Alegrete	R03 - Fronteira Oeste	107	116	92.24
Metropolitana	1ª - Porto Alegre	R06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	29	49	59,18
		R07 - Vale dos Sinos	139	156	89,10
		R08 - Vale do Caí e Metropolitana	114	136	83.82
		R09 - Carbonífera/Costa Doce	56	80	70
		R10 - Capital e Vale do Gravataí	378	398	95
	18ª - Osório	R04 - Belas Praias	20	26	76.92
		R05 - Bons Ventos	23	39	58,97
Missioneira	9ª - Cruz Alta	R12 - Portal das Missões	17	17	100
	12ª - Santo Ângelo	R11 - Sete Povos das Missões	46	49	93,88
	14ª - Santa Rosa	R14 - Fronteira Noroeste	22	29	82,76
	17ª - Ijuí	R13 - Diversidade	30	38	75.86
Norte	2ª - Frederico Westphalen	R15 - Caminho das Águas	33	40	82,50
	6ª - Passo Fundo	R17 - Planalto	59	100	59
		R18 - Araucárias	15	23	65.22
		R19 - Botucaraí	12	20	60
	11ª - Erechim	R16 - Alto Uruguai Gaúcho	31	39	79.48
	15ª - Palmeira das Missões	R20 - Rota da Produção	37	39	94,87
Sul	3ª - Pelotas	R21 - Sul	149	168	88,69
	7ª - Bagé	R22 - Pampa	41	41	100
Serra	5ª - Caxias do Sul	R23 - Caxias e Hortênsias	83	89	93.26
		R24 - Campos de Cima da Serra	23	27	85.18
		R25 - Vinhedos e Basalto	46	50	92
		R26 - Uva Vale	24	27	88,89
Vales	8ª - Cachoeira do Sul	R27 - Jacuí Centro	37	37	100
	13ª - Santa Cruz do Sul	R28 - Vinte e Oito	61	62	98,39
		R29 - Vales e Montanhas	38	38	100
	16ª - Lajeado	R30 - Vale da Luz	15	15	100
TOTAL infantil + fetal			1.729	2.045	84.55

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/TABNET/DATASUS. *Os dados podem sofrer alterações.

Ressalta-se que a investigação de óbitos constitui etapa fundamental da Vigilância do Óbito Infantil, pois por meio dela é possível confirmar ou não as causas registradas na Declaração de Óbito. Ademais, a busca por informações detalhadas sobre os eventos que resultaram nesse desfecho contribui para a avaliação de sua evitabilidade, oferecendo aos gestores e profissionais de saúde a oportunidade de corrigir eventuais falhas ou lacunas identificadas nos fluxos de atendimento e nos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o que reforça ainda mais a relevância desse processo.

Dessa forma, além de contribuir para a qualificação das informações registradas nos sistemas de informação, as análises, conclusões e recomendações provenientes da investigação dos óbitos subsidiam a elaboração de estratégias voltadas à redução da mortalidade infantil e fetal. Nesse contexto, além do Comitê Estadual (CEPEMMIF), os Comitês Regionais de Prevenção e Enfrentamento da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal devem ser instituídos no âmbito locorregional e continuamente fortalecidos pela gestão.

Dados preliminares de mortalidade infantil em 2025

Segundo dados preliminares do Painel Mortalidade e Nascidos vivos do BI/SES/RS, em 2025, tivemos no estado 1.146 óbitos infantis e 115.502 nascimentos, resultando em uma taxa preliminar de 9,92 óbitos/1.000 NV, conforme se observa na **Tabela 20**.

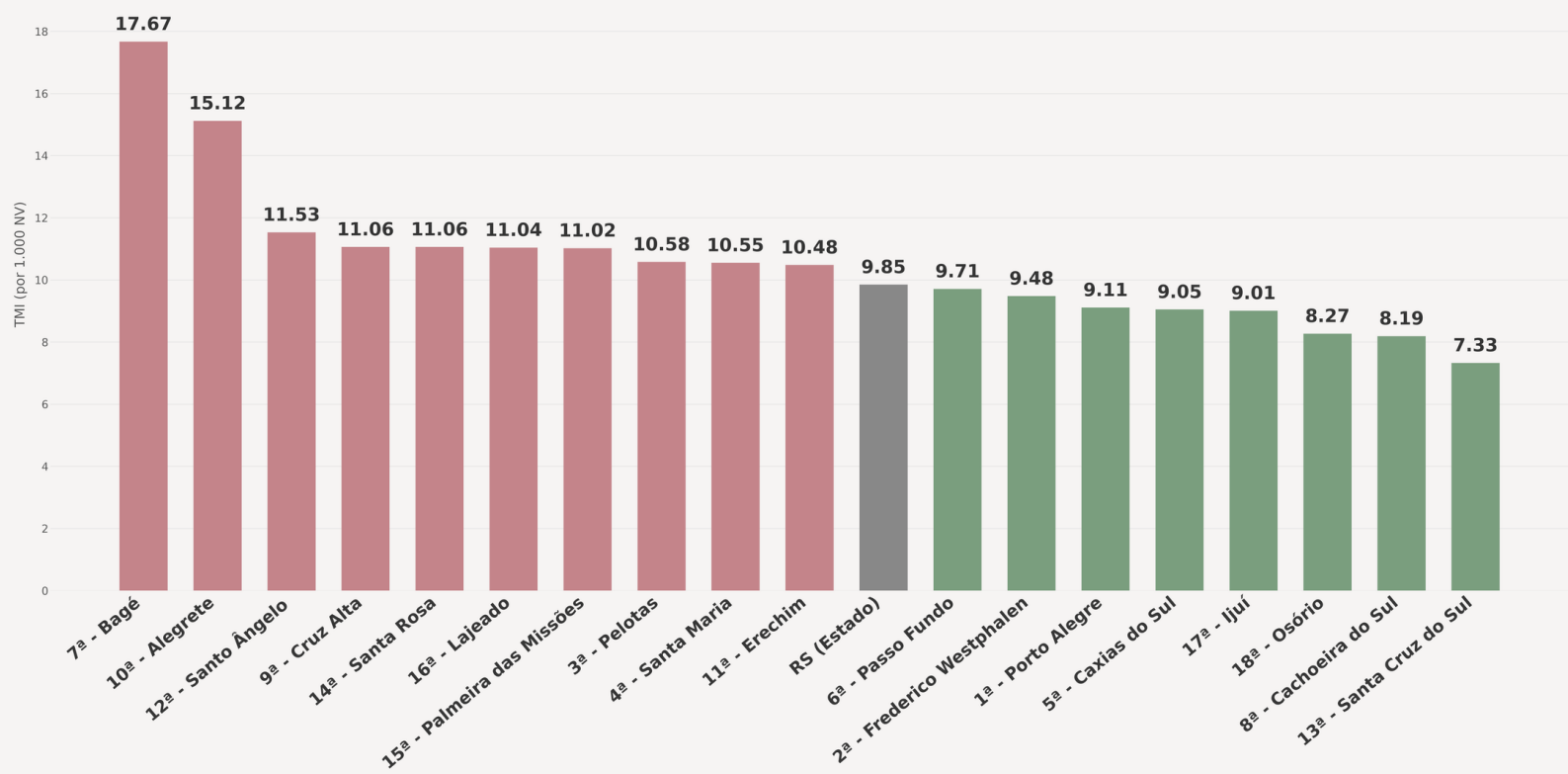
Tabela 20 - Número absoluto de nascimentos, óbitos e taxa de mortalidade infantil preliminar, por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2025*.

CRS	Taxa	Nascimentos	Óbitos
1ª - Porto Alegre	9,09	45.454	413
2ª - Frederico Westphalen	9,48	2.425	23
3ª - Pelotas	10,58	7.752	82
4ª - Santa Maria	10,55	5.215	55
5ª - Caxias do Sul	9,05	12.927	117
6ª - Passo Fundo	9,71	7.619	74
7ª - Bagé	17,67	1.924	34
8ª - Cachoeira do Sul	8,19	1.832	15
9ª - Cruz Alta	11,06	1.356	15
10ª - Alegrete	15,12	4.629	70
11ª - Erechim	10,48	2.481	26
12ª - Santo Ângelo	11,53	2.948	34
13ª - Santa Cruz do Sul	7,33	3.549	26
14ª - Santa Rosa	11,05	2.533	28
15ª - Palmeira das Missões	11,02	1.906	21
16ª - Lajeado	11,04	3.803	42
17ª - Ijuí	9,01	2.553	23
18ª - Osório	8,27	4.596	38
TOTAL		115.502	1.136

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

Considerando a meta estadual pactuada de até 9,8 óbitos por mil nascidos vivos para 2025, observa-se que a taxa preliminar de mortalidade infantil no Rio Grande do Sul (9,92/1.000 NV) mantém-se ligeiramente acima do esperado. Conforme evidenciado no **Quadro 13**, embora parte das regiões apresente indicadores abaixo da meta, ainda há concentração de taxas mais elevadas em diversas regiões de saúde, o que contribui para o desempenho estadual acima do limite pactuado.

Quadro 13 -Taxa de Mortalidade Infantil, por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2025*.



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

Ao observarmos a **Tabela 21**, 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 21 - Óbito infantil por faixa etária, RS, 2024-2025*.

Faixa Etária	2024		2025*	
	Casos	Proporção	Casos	Proporção
0 a 6 dias	549	48,80%	595	52,33%
7 a 27 dias	254	22,58%	218	19,17%
28 dias a 1 ano	322	28,62%	324	28,50%
Total	1.125	100%	1.137	100%

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

Causas da mortalidade Infantil em 2025 - preliminar

Dentre as causas do ano de 2025, 625 óbitos, ou seja 54,97% do total estão 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 309 óbitos (27,17%) e em terceiro lugar estão as causas externas de morbidade e mortalidade, 57 óbitos (5,06%), conforme descrito detalhadamente na **Tabela 22**.

Tabela 22: Causas de mortalidade infantil CID-10, RS, 2025*.

Causas do Óbito Infantil	Nº	%
1- XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	625	54,97
Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	225	36,00
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	174	27,84
Infecções específicas do período perinatal	87	13,92
Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	45	7,20
Transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido	40	6,40
Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido	19	3,04
Outros transtornos originados no período perinatal	17	2,72
Afecções comprometendo o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido	10	1,60
Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido	7	1,12
Traumatismo de parto	1	0,16
2- XVII. Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	309	27,17
Malformações congênicas do aparelho circulatório	125	40,45
Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	44	14,24
Malformações congênicas do aparelho respiratório	38	12,30
Outras malformações congênicas	26	8,41

Malformações congênitas do sistema nervoso	25	8,09
Malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular	22	7,12
Malformações congênitas do aparelho urinário	16	5,18
Outras malformações congênitas do aparelho digestivo	10	3,24
Malformações congênitas dos órgãos genitais	2	0,65
Fenda labial e fenda palatina	1	0,32
3- XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	54	4,75
Outros riscos acidentais à respiração	36	66,67
Eventos cuja intenção é indeterminada	5	9,26
Agressões	4	7,41
Ocupante de automóvel traumatizado em acidente de transporte	2	3,70
Afogamento e submersão acidentais	1	1,85
Exposição acidental a outros fatores	1	1,85
Ocupante de veículo pesado traumatizado em acidente de transporte	1	1,85
Pedestre traumatizado em acidente de transporte	1	1,85
Quedas	1	1,85
Contato com fonte de calor ou substâncias quentes	1	1,85
Reação anormal em paciente por procedimentos cirúrgicos	1	1,85
4- X. Doenças do aparelho respiratório	40	3,52
Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	19	47,50
Influenza (gripe) e pneumonia	13	32,50
Doenças pulmonares devidas a agentes externos	3	7,50
Outras doenças do aparelho respiratório	3	7,50
Outras doenças respiratórias que afetam principalmente o interstício	1	2,50
Outras doenças das vias aéreas superiores	1	2,50
5- XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais	28	2,46
Causas mal definidas e desconhecidas	25	89,29
Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	2	7,14
Sintomas e sinais gerais	1	3,57

6- I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	20	1,76
Outras doenças bacterianas	5	25,00
Infecções de transmissão predominantemente sexual	5	25,00
Outras doenças por vírus	4	20,00
Doenças infecciosas intestinais	3	15,00
Infecções virais do sistema nervoso central	1	5,00
Micoses	1	5,00
Tuberculose	1	5,00
Outras	13	1,14
Total	1.137	100

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

Ao realizarmos uma análise comparativa das causas de óbito infantil entre 2024 e 2025*, observa-se a manutenção das Afecções Originadas no Período Perinatal como principal causa de óbito em ambos os anos, correspondendo a 53,29% dos óbitos em 2024 e 54,97% em 2025, ainda de forma preliminar. Historicamente, esse grupo representa a principal causa de mortalidade infantil no estado. Em números absolutos, observou-se aumento de 606 óbitos em 2024 para 625 óbitos em 2025*.

Em segundo lugar, permanecem as Malformações Congênicas e Anomalias Cromossômicas, responsáveis por 28,77% dos óbitos em 2024 e 27,17% em 2025*. Como terceira principal causa de óbito infantil destacam-se as Causas Externas de Morbidade e Mortalidade, com 57 óbitos (5,06%) em 2024 e 54 óbitos (4,75%) em 2025*.

No que se refere aos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, observa-se redução dos óbitos por Sífilis Congênita, passando de 8 casos em 2024 para 5 óbitos em 2025*. Já no grupo das Doenças do Aparelho Respiratório, verificou-se aumento em números absolutos dos óbitos por bronquiolite, passando de 17 casos em 2024 para 19 casos em 2025, ainda preliminarmente.

Considerações Finais

A Secretaria Estadual da 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 (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.

As análises apresentadas neste boletim evidenciam que a mortalidade materna, infantil e fetal permanece como importante desafio para a saúde pública no Rio Grande do Sul, especialmente diante da persistência de causas evitáveis e das desigualdades regionais observadas entre as Coordenadorias Regionais de Saúde. Embora alguns indicadores demonstrem redução em números absolutos e avanços em ações específicas de cuidado e vigilância, os dados preliminares de 2025 apontam para a necessidade de fortalecimento contínuo das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil.

Nesse contexto, destaca-se o papel estratégico do Comitê Estadual de Prevenção e Enfrentamento à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, enquanto instância intersetorial e técnico-assistencial fundamental para a análise dos óbitos, identificação de fragilidades na rede de atenção e proposição de medidas de prevenção e qualificação do cuidado. A atuação do Comitê fortalece a vigilância do óbito como instrumento de gestão, contribuindo para a organização das linhas de cuidado e para o aprimoramento das ações desenvolvidas nos territórios.

A utilização do presente documento configura-se como ferramenta de apoio à gestão em saúde, ao reunir e sistematizar informações epidemiológicas relacionadas à mortalidade materna, infantil e fetal no Rio Grande do Sul. A disponibilização periódica desses dados possibilita aos gestores estaduais, regionais e municipais o acompanhamento dos indicadores de saúde, a identificação de tendências e desigualdades regionais, bem como o reconhecimento dos principais fatores relacionados aos óbitos ocorridos no estado. Além de subsidiar o planejamento e a tomada de decisão, o boletim contribui para o direcionamento de ações prioritárias nos diferentes níveis de atenção à saúde, permitindo o fortalecimento de estratégias de prevenção, vigilância e qualificação da assistência materno-infantil. A análise dos indicadores e das principais causas de óbito também favorece a definição de metas, o monitoramento das pactuações interfederativas e a avaliação do impacto das políticas públicas implementadas.

O boletim ainda se consolida como instrumento relevante para o fortalecimento da Vigilância do Óbito e para a atuação dos Comitês de Prevenção e Enfrentamento à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, ao apoiar discussões técnicas e a elaboração de planos de ação voltados à redução de óbitos evitáveis. Dessa forma, a produção e divulgação dessas informações qualificam a gestão em saúde e contribuem para a organização de redes de cuidado mais resolutivas, equânimes e centradas nas necessidades da população.

Reforça-se a importância da investigação oportuna e qualificada dos óbitos maternos, infantis e fetais, bem como da discussão sistemática dos casos nos comitês regionais e municipais, permitindo a construção de estratégias direcionadas às principais causas identificadas. Além disso, destaca-se a necessidade de ampliação do acesso ao pré-natal adequado, da qualificação da assistência ao parto e nascimento, do acompanhamento integral da criança na Atenção Primária à Saúde e da articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Por fim, ressalta-se que a redução da mortalidade materna, infantil e fetal exige compromisso permanente da gestão estadual e municipal, dos prestadores de serviços de saúde e dos profissionais envolvidos no cuidado, com foco na equidade, integralidade e humanização da assistência. O monitoramento contínuo dos indicadores e o fortalecimento das ações de prevenção e enfrentamento permanecem sendo essenciais para a redução dos óbitos evitáveis e para a garantia do direito à vida e à saúde de mulheres e crianças no estado do Rio Grande do Sul.

Referências

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*, 131(5): e140-e150, 2018. Disponível em: AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*, 131(5): e140-e150, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29683911/>.

AMJAD, S. et al. Social determinants of health and adverse maternal and birth outcomes in adolescent pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 33(1): 88-99, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30516287/>.

ATTALI, E.; YOGEV, Y. The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 70, p. 2-9, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32773291/>.

BRASIL. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14443.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html.

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

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

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.

CHIBANTE, et al. A atuação da enfermagem obstétrica na assistência hospitalar ao trabalho de parto e parto. *Global Academic Nursing*, 7(1):e533, 2026. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/656/1074>.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Contracepção Reversível de Longa Ação. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, 2022. Disponível em: <https://www.febbrasgo.org.br/media/k2/attachments/SerieZ1-2022-Contracepcao.pdf>.

GADELHA, I. P. et al. Social determinants of health of high-risk pregnant women during prenatal follow-up. *Revista Rene*, v. 21, e42198, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142198>.

HACKER, M. et al. Pregnancy complications, substance abuse, and prenatal care predict birthweight in adolescent mothers. *Archives of Public Health*, v. 79, n. 1, p. 137, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34325740/>.

KORKES, H. A. et al. Pré-eclâmpsia: Protocolo 2025. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025. Disponível em: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Appropriate technology for birth. The Lancet, v. 326, n. 8452, p. 436–437, 1985. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(85\)92750-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(85)92750-3/fulltext).

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Maternal mortality ratio. Indicator Metadata Registry Details. [s.d]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/26>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia. Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/71037>.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. Boletins sobre o impacto das chuvas. 2024b. Disponível em: <https://www.estado.rs.gov.br/boletins-sobre-o-impacto-das-chuvas-no-rs>.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. DECRETO Nº 57.596, DE 1º DE MAIO DE 2024. Diário Oficial do Estado, 2024a. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=997980>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Boletim epidemiológico: mortalidade materna, infantil e fetal 2025. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2025.

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

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Guia do pré-natal e puerpério na atenção primária à saúde (APS). Porto Alegre, 2024. Disponível em: <https://admin.atencaobasica.rs.gov.br/upload/arquivos/202404/25124004-guia-do-pre-natal-2024.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolo estadual de prevenção e manejo da hemorragia puerperal: conceitos e ações. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/23163813-cibr237-22.pdf>.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt>.

SILVA JÚNIOR, L. C. da; SILVA, S. C. da; NETTO, L. Reincidência de gravidez na adolescência: escolha ou sujeição. Ciência & Saúde Coletiva, v. 30, n. 5, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025305.02952022>.

THADDEUS, S.; MAINE, D. Too far to walk: maternal mortality in context. Social Science & Medicine, v. 38, p. 1091–1110, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8042057/>.

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.