

RELATÓRIO ANUAL

2023



Este relatório apresenta os principais dados sobre óbitos de mulheres durante a gestação, parto ou puerpério ocorridos no ano de 2023. Apresenta, também, os principais dados dos óbitos de crianças com menos de um ano e óbitos fetais ocorridos no ano de 2023. Tem como objetivo ser fonte de consulta para o planejamento em cuidados à saúde das mulheres em idade fértil, em especial, das gestantes e/ou puérperas e de crianças no primeiro ano de vida e faz parte das atividades de divulgação do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais.

Esse conteúdo foi apresentado e aprovado na reunião ordinária do CEPMMIF em 03 de julho de 2025.

Foi publicado em: 16 de julho de 2025.

Elaboração

Dra. Inessa Beraldo de Andrade Bonomi – Presidente do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal do Estado de Minas Gerais e Consultora técnica da Coordenação de Ciclos de Vida – SES/MG

Nayara Clara Lopes Moreira - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, Referência técnica - Coordenação de Ciclos de Vida– SES/MG

Aline Machado Caetano - Analista de Educação e Pesquisa em Saúde – Coordenadora de Vigilância de Óbitos – SES/MG

Mirlene de Oliveira Brito - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, Referência técnica - Coordenação de Ciclos de Vida– SES/MG

Ana Flavia Sentirelli de Carvalho - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, Referência Técnica – Coordenação de Vigilância de Óbitos – SES/MG

Mylena Núbia Leles dos Santos - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, Referência Técnica – Coordenação de Vigilância de Óbitos – SES/MG

Janaína Cristina de Carvalho Toledo - Técnico de Gestão da Saúde, Referência Técnica - Coordenação de Vigilância de Óbitos – SES/MG

Demais membros da Secretaria Executiva do CEPMMIF (ano 2024)

Aline Bárbara Pereira Costa

Hellen Karolina S. R. Aguiar

João Antônio Deconto

Juliana Menezes de Moraes

Maria Angela Monteiro de Souza Costa

Nádia Aparecida Campos Dutra

Patrícia Keith Alves de Oliveira Santos

Rúbia Carolina Lopes de Castro

Sumário

Elaboração	1
Sumário	2
Introdução	3
CEPMMIF-MG: atividades em 2024	4
Panorama Comitês de Minas Gerais em 2024.....	6
Monitoramento dos Comitês Regionais de Mortalidade	6
Monitoramento dos Comitês Municipais de Mortalidade	9
Mortalidade materna, infantil e fetal em 2023.....	11
Redução da natalidade e impacto na mortalidade materna	18
Mortalidade materna relacionada à gravidez	19
Mortalidade materna por causa obstétrica	23
Mortalidade materna e raça/cor	26
Mortalidade materna e escolaridade.....	28
Mortalidade materna e faixa etária	29
Mortalidade materna e momento do óbito.....	31
Mortalidade materna e pré-natal	34
Mortalidade materna e parto	39
Mortalidade Infantil.....	41
Mortalidade infantil por componentes	44
Mortalidade infantil e raça/cor.....	45
Mortalidade infantil, escolaridade e idade maternas	46
Mortalidade infantil e evitabilidade	48
Mortalidade infantil e grupos de causas.....	50
Mortalidade Fetal	54
Conclusão	56

Introdução

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) mantém firme o compromisso com a redução da mortalidade materna e infantil, destacando como prioritário em sua carteira estratégica de saúde o Projeto Aurora. Este projeto incorpora a Linha de Cuidado Materno Infantil, publicada em outubro de 2024 (disponível aqui: [12-11-linha-de-cuidado-materno-infantil-Final-1-1.pdf](#)), que estabelece diretrizes claras para intervenções e serviços essenciais voltados à assistência integral e qualificada às mulheres. Sua abrangência vai desde o planejamento reprodutivo e sexual até o período gestacional e pós-parto, além do acompanhamento às crianças até um ano de idade, em diferentes níveis da rede de atenção e sistemas de apoio.

A Diretoria da Gestão da Integralidade do Cuidado (DGIC) e Coordenação Ciclos de Vida (CCV) publicou também em outubro de 2024 o Guia de Atenção à Saúde da Gestante: Critérios para a Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante (disponível aqui: [12-11-Estratificacao-de-Risco-final-1.pdf](#)), que atualizou e ampliou os parâmetros clínicos e epidemiológicos para detecção precoce de gestações de risco. A nova versão fortalece a integração da atenção primária e especializada, qualificando o encaminhamento, o acompanhamento e a tomada de decisões clínicas.

Também faz parte desse compromisso a implementação e expansão, a partir de 2024, da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia em Minas Gerais.

Essas ações se articulam à recente implantação da Rede de Atenção Materna e Infantil Alyne, instituída pelo Ministério da Saúde (MS), em substituição à Rede Cegonha. A Rede Alyne propõe uma reorganização dos cuidados com base na integralidade da assistência, na governança regional e no trabalho multiprofissional, reforçando a articulação entre os pontos da rede e promovendo respostas oportunas às urgências obstétricas. Essa nova estratégia visa consolidar uma atenção mais resolutiva, segura e equitativa para gestantes e recém-nascidos.

Outra iniciativa estratégica da SES-MG foi a criação da Rede de Atenção Especializada em Medicina Fetal no SUS-MG, instituída pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 5.140, de 19 de março de 2025 (disponível aqui: [Del 5140 - SUBRAS - Diretrizes Medicina Fetal.pdf](#)). A rede integra e organiza os pontos de atenção voltados à medicina fetal em todo o território estadual, sendo composta por ambulatórios especializados, unidades de referência para tratamento intrauterino, telessaúde e sistemas de regulação. Seu objetivo é ampliar o acesso ao diagnóstico avançado, ao aconselhamento multiprofissional e à realização de procedimentos invasivos, promovendo a articulação com o pré-natal de alto risco, as

maternidades e os cuidados neonatais.

O funcionamento da rede está assegurado pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 5.141/2025 (disponível aqui: [Del 5141 - SUBRAS - Financiamento Medicina Fetal.pdf](#)), que regulamenta o financiamento estadual da iniciativa, com repasses específicos para o custeio dos serviços, incluindo exames de imagem de alta complexidade e cirurgias intrauterinas. Ao consolidar uma estrutura estadual de atenção às condições fetais complexas, a proposta reafirma o compromisso de Minas Gerais com a qualificação da linha de cuidado materno-infantil, promovendo respostas mais resolutivas, integradas e oportunas no âmbito da atenção obstétrica e neonatal.

Essas ações estão diretamente alinhadas às recomendações dos relatórios do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais (CEPMMIF-MG), sendo reconhecidas como essenciais para transformar positivamente o cenário atual de mortalidade no estado.

No mesmo contexto, a campanha da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Dia Mundial da Saúde de 2025 — *"Inícios Saudáveis, Futuros Esperançosos"* — reforça os princípios que embasam as ações do CEPMMIF-MG, como a continuidade do cuidado, a escuta qualificada e a proteção dos direitos reprodutivos das mulheres.

Por fim, destaca-se que, em 2024, o relatório anual referente aos dados de 2022 precisou ser retificado devido à inserção de novos óbitos maternos. A atualização alterou significativamente a razão de mortalidade materna em algumas regiões e evidencia a importância do funcionamento pleno e tempestivo dos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade. Investigações realizadas fora do prazo e não inseridas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) comprometem de forma significativa a qualidade das análises e a efetividade das políticas públicas voltadas à redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

CEPMMIF-MG: atividades em 2024

No ano de 2024, o CEPMMIF-MG manteve a estratégia para o fortalecimento dos comitês em diferentes níveis com cursos de Formação Continuada (FC), com apresentações periódicas, síncronas e interação dos participantes.

Temáticas abordadas no ano de 2024:

- Março: 5ª FC: Síndromes Hipertensivas na Gestação: Diagnóstico e Sinais de Alerta;
- Maio: 6ª FC: Promovendo uma maternidade segura: Impacto das cesarianas desnecessárias na mortalidade materna;
- Agosto: 7ª FC: Cuidado integral no pré-natal: muito mais que 6 consultas;
- Outubro: 8ª FC: Sífilis na gestação: Desafios persistentes e soluções emergentes;
- Novembro: 9ª FC: Experiências exitosas dos Comitês Regionais de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de MG.

Outras participações do CEPMMIF-MG em 2024:

- Curso Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e atuação em Comitês de Mortalidade, promovido pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF);
- Maio: Participação na Capacitação para Comitês de Mortalidade de Leopoldina;
- Junho: Alinhamento com Comitê de Diamantina: Projeto Vida no Vale;
- Agosto:
 - Capacitação para Fortalecimento do Comitê Regional de Governador Valadares;
 - Participação na Oficina do Planifica SUS para redução da Mortalidade Materna em Diamantina;
 - Alinhamento para organização e estruturação do Comitê de Manhuaçu: Reunião de retomada do Comitê Regional em dezembro;
- Setembro:
 - Participação na Reunião Técnica com Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal dos Estados e Capitais, promovida pelo Ministério da Saúde;
 - Participação no Encontro Ministério Público de Minas Gerais (MPMG), MS, SES/MG e Municípios para enfrentamento à mortalidade materna e infantil – Edição 2024, promovido pelo MPMG;
 - Oficina de Mortalidade Materna Infantil com participação das Regionais de Saúde, promovida pela DGIC/CCV;
- Outubro: Participação no II Webinário Estadual de Sífilis, com a palestra “Sífilis Congênita”, promovido pela Coordenação de IST/AIDS Hepatites Virais da SES-MG;
- Novembro:
 - Apresentação do trabalho "Fortalecendo os comitês de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal: experiência em MG", no 5º Congresso da ABRASCO, em Fortaleza-CE;
 - Participação em Roda de Conversa: "Plano de enfrentamento à

mortalidade materna e infantil do estado de Minas Gerais: estratégias para a redução a partir de recomendações do comitê", no 5º Congresso da ABRASCO, em Fortaleza-CE;

- Organização da Rede Colaborativa para Fortalecimento dos Comitês Regionais de Enfrentamento à Mortalidade.

Ressalta-se que o CEPMMIF mantém uma página web (disponível aqui: <https://www.saude.mg.gov.br/cepmmif>) com as normativas vigentes e atualizadas, procedimentos operacionais padrão para organização de Comitês e Investigação do Óbito e materiais de interesse.

Panorama Comitês de Minas Gerais em 2024

O CEPMMIF-MG realiza, anualmente, o monitoramento dos Comitês Regionais com o objetivo de dimensionar a rede estadual de análise de óbitos, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde, a identificação de fatores de risco e a implementação de ações voltadas à redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

No último ciclo de monitoramento, foi identificado um cenário marcado por desigualdades na presença e no funcionamento dos comitês entre as diferentes regiões do estado. Persistem desafios significativos que comprometem a qualidade da análise do cuidado prestado às mulheres no pré-natal, parto e puerpério, dificultam a compreensão dos determinantes sociais das mortes e limitam a identificação de fragilidades nos serviços de saúde — fatores que impactam diretamente a formulação de políticas públicas resolutivas.

É urgente que os territórios se mobilizem para instituir e manter comitês regionais, municipais e hospitalares ativos, articulados e comprometidos com a investigação qualificada dos óbitos. O reconhecimento da importância dessas instâncias como parte da rede de atenção é essencial para subsidiar os gestores locais na construção de estratégias eficazes, promover a vigilância ativa e avançar de forma consistente na prevenção de mortes evitáveis em Minas Gerais.

Monitoramento dos Comitês Regionais de Mortalidade

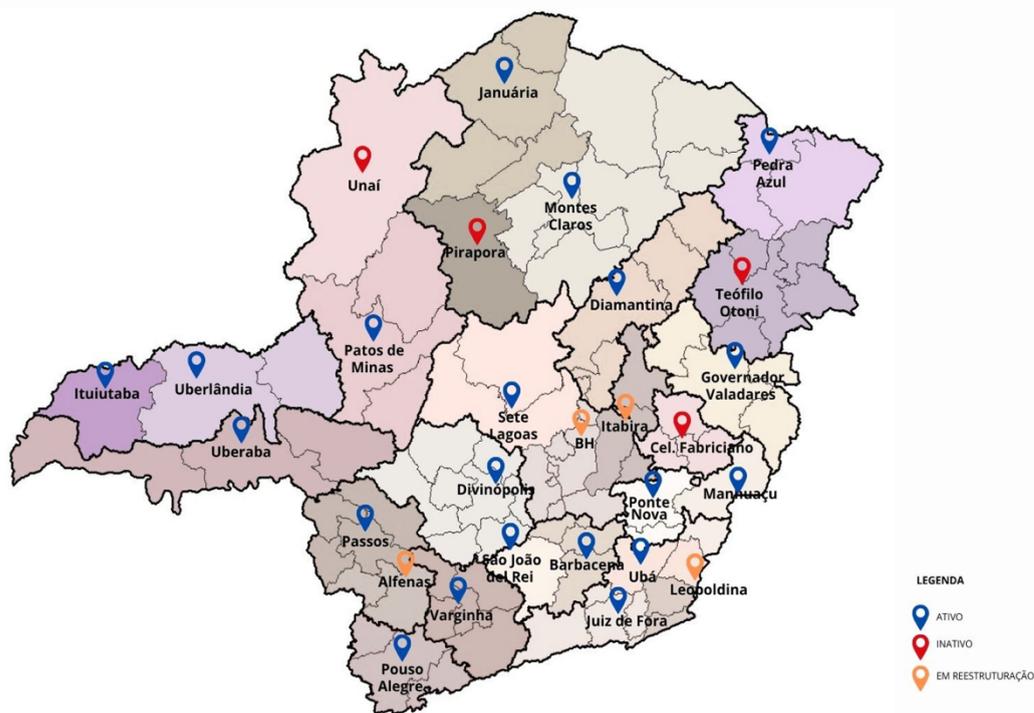
Para a realização do monitoramento dos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal em Minas Gerais, foram solicitados, por meio

do Sistema Eletrônico de Informações (SEI! MG), os seguintes documentos e instrumentos de apoio:

- Regimento Interno do Comitê Regional;
- Atas das reuniões realizadas entre janeiro e dezembro de 2024, para os comitês em situação ativa;
- Planilha com informações sobre os membros do Comitê Regional;
- Planilha com informações sobre os membros dos Comitês Municipais;
- Formulário eletrônico (Google Forms) de monitoramento, contendo dados gerais sobre o funcionamento dos Comitês Regionais e Municipais.

A partir da análise das informações enviadas pelas Unidades Regionais de Saúde, foi possível identificar a situação atual dos Comitês Regionais no ano de 2024, conforme representado no **mapa 1**.

MAPA 1 - Mapa do Status dos Comitês Regionais 2024



De acordo com o **gráfico 1**, dos 28 comitês existentes em Minas Gerais, **20 estão ativos, 4 encontram-se em processo de reestruturação e 4 permanecem inativos**. Em termos percentuais, isso representa 71,4% de comitês ativos, 14,3% em reestruturação e 14,3% inativos. O dado evidencia um avanço significativo na consolidação da rede, essencial para a análise qualificada dos óbitos e a formulação de estratégias de prevenção. Ainda que persistam desafios em

algumas regiões, o predomínio de comitês ativos demonstra o compromisso das equipes regionais com a melhoria da atenção à saúde e a redução das mortes evitáveis.

GRÁFICO 1 - Status dos Comitês Regionais em 2024 em porcentagens



Discussão comparativa entre os anos de 2023 e 2024

Os dados do monitoramento anterior, apresentados em CIB, indicavam que 71,43% dos Comitês Regionais estavam ativos, 25% em processo de reestruturação e 3,57% classificados como inativos. Na comparação com os dados atuais, observa-se estabilidade no percentual de comitês ativos, porém com uma redução no número de comitês em reestruturação, que passou de 7 (25%) para 4 (14,3%) — regionais de Alfenas, Belo Horizonte, Itabira e Leopoldina — e um aumento no número de comitês inativos, que passou de 1 (3,57%) para 4 (14,3%) — regionais de Coronel Fabriciano, Pirapora, Teófilo Otoni e Unai.

A redução dos comitês em reestruturação acompanhada pelo crescimento da inatividade sugere dificuldade na consolidação das ações necessárias para reativação plena dessas instâncias. Em muitos casos, desafios como escassez de recursos humanos, alta rotatividade de profissionais, descontinuidade nas gestões regionais e ausência de articulação intersetorial comprometeram a finalização dos processos de reorganização, resultando na suspensão temporária das atividades e consequente classificação como inatividade.

Esse cenário reforça a necessidade de apoio institucional mais robusto, contínuo e direcionado, com ações específicas para superar entraves locais, garantindo a retomada efetiva do funcionamento dos comitês e a manutenção da sua atuação regular nos territórios.

O levantamento realizado junto aos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal evidenciou ainda desafios recorrentes que impactam negativamente a regularidade, a qualidade e a efetividade das análises de óbitos. As principais dificuldades observadas concentram-se em quatro eixos centrais:

1. Rotatividade de profissionais, ausência de capacitação e sobrecarga de trabalho, fatores que comprometem a continuidade institucional das ações e o acúmulo de experiências nas equipes;
2. Fragilidades na estrutura organizacional, como regimentos desatualizados e ausência de representantes municipais, o que dificulta a formalização e o funcionamento regular dos comitês;
3. Problemas operacionais e logísticos, incluindo infraestrutura inadequada, registros clínicos precários e acúmulo de casos, dificultando a análise tempestiva e qualificada dos óbitos; e
4. Baixa assiduidade e engajamento dos membros, frequentemente agravada por dificuldades de governança regional e articulação efetiva com os municípios.

O enfrentamento dessas fragilidades é essencial para fortalecer os comitês como instâncias estratégicas da vigilância em saúde e para qualificar a resposta institucional às mortes evitáveis nos territórios.

No caso dos comitês classificados como inativos, as dificuldades tendem a ser ainda mais acentuadas, com destaque para a ausência de profissionais dedicados exclusivamente à pauta da mortalidade, a falta de rotina operacional definida e a fragilidade na articulação entre a Vigilância em Saúde e a Coordenação de Redes de Atenção à Saúde. Esses entraves exigem respostas mais estruturantes, com apoio técnico contínuo, alocação adequada de recursos humanos e fortalecimento da governança intersetorial — condições indispensáveis para a reativação dessas instâncias e sua atuação efetiva nos territórios.

Monitoramento dos Comitês Municipais de Mortalidade

Dos 853 municípios de Minas Gerais, 362 (42,43%) responderam ao formulário sobre a situação dos Comitês Municipais de Prevenção do Óbito. Dentre esses, 195

possuem comitês ativos (53,86%), 96 estão em processo de reestruturação (26,51%) e 71 encontram-se inativos (19,61%). Os dados revelam fragilidades importantes na institucionalização e no funcionamento dessas instâncias, que comprometem a vigilância dos óbitos e a implementação de ações preventivas nos territórios. A baixa adesão e a expressiva proporção de comitês inativos ou em reorganização evidenciam a necessidade de maior articulação entre os níveis de gestão, investimentos em capacitação das equipes e fortalecimento da governança municipal.

O levantamento realizado junto aos Comitês Municipais evidenciou desafios significativos que afetam diretamente o funcionamento regular e a efetividade das análises de óbitos nos territórios. As dificuldades relatadas se concentram em cinco eixos principais:

1. Rotatividade de profissionais e sobrecarga de trabalho, que fragilizam a continuidade das ações, dificultam a consolidação da memória institucional e limitam a qualificação técnica dos membros do comitê;
2. Ausência de profissionais capacitados e dificuldades técnicas nas discussões dos casos, com destaque para a falta de formação específica para a condução das análises e a escassez de carga horária protegida para a dedicação às atividades do comitê;
3. Desarticulação interna e falta de alinhamento institucional, com relatos de dificuldades na implementação de novos processos de trabalho, baixa integração entre os setores envolvidos e ausência de representantes de diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
4. Fragilidades na estrutura organizacional e operacional, como a necessidade de atualização dos regimentos internos, comitês em reestruturação, falhas nos registros clínicos e atraso no envio das investigações, tanto nos serviços de saúde quanto nas unidades hospitalares;
5. Baixa assiduidade e engajamento dos membros, somados ao desconhecimento, por parte de alguns gestores e profissionais, sobre a importância dos Comitês Municipais, o que impacta negativamente a governança e o cumprimento das recomendações propostas.

O enfrentamento desses desafios é essencial para fortalecer os comitês municipais como instâncias estratégicas da vigilância em saúde e para qualificar a resposta institucional frente às mortes maternas, infantis e fetais evitáveis.

Mortalidade materna, infantil e fetal em 2023

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), por meio de consulta no Tabulador de informações de saúde (TABNET MG), com dados extraídos em 05 de fevereiro de 2025, informa o registro, no ano de 2023 de 6.491 óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), 89 óbitos maternos, 2.643 óbitos em crianças menores de um ano de idade e 2.343 óbitos fetais.

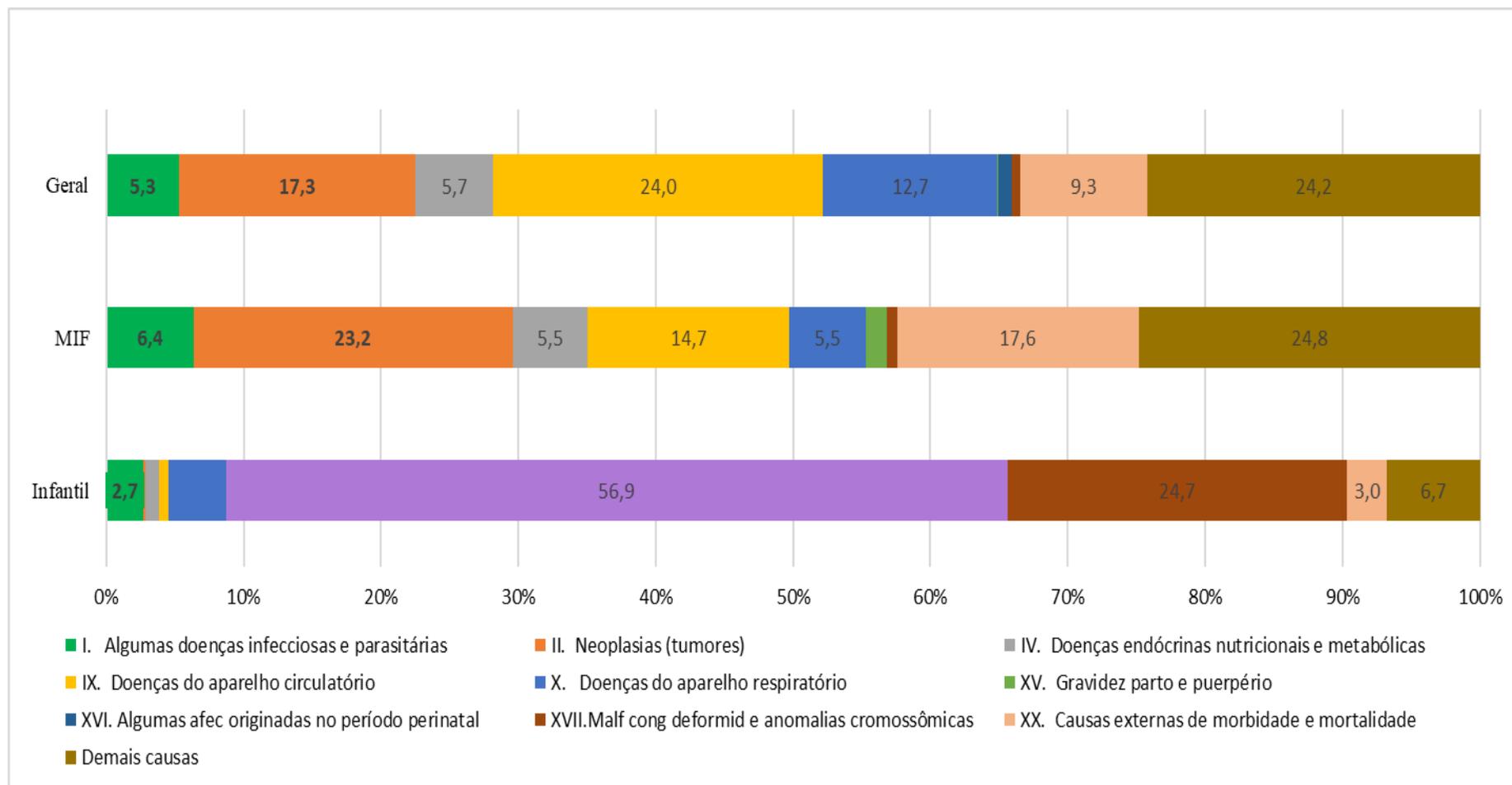
O número de óbitos fetais registrados em 2023 teve um decréscimo de 3,7% em relação ao ano de 2022. Para os óbitos infantis, essa queda foi de 1,2%. Em relação aos óbitos maternos, houve uma diminuição de 22,6% em comparação com 2022. Entre os óbitos de MIF, a queda foi de 1,8%.

O **gráfico 2** apresenta a distribuição proporcional de óbitos totais, MIF e crianças até um ano de idade. Em 2023, ocorreram 157.711 óbitos na população mineira em geral. O principal grupo de causas foi o das doenças do aparelho circulatório, representando 24,0% dos óbitos, seguido das neoplasias (tumores), que corresponderam a 17,3% do total de óbitos, e das doenças do aparelho respiratório, compondo 12,7% desses óbitos.

As neoplasias representaram 23,2% do total de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), seguidas por causas externas (17,6%) e doenças do aparelho circulatório (14,7%). Nesse grupo etário, as complicações da gravidez, parto e puerpério corresponderam a 1,5% dos óbitos.

Quanto aos óbitos infantis, destacaram-se as complicações originadas no período perinatal, responsáveis por cerca de 56,9% do total, seguidas pelas malformações congênitas, com 24,7%. Esses dados ressaltam a importância das intervenções relacionadas ao planejamento reprodutivo, cuidados pré-natais e assistência durante o parto e nascimento, devido ao seu impacto significativo na redução tanto da mortalidade materna quanto da mortalidade infantil.

GRÁFICO 2 - Distribuição proporcional de óbitos totais, MIF e crianças até um ano de idade



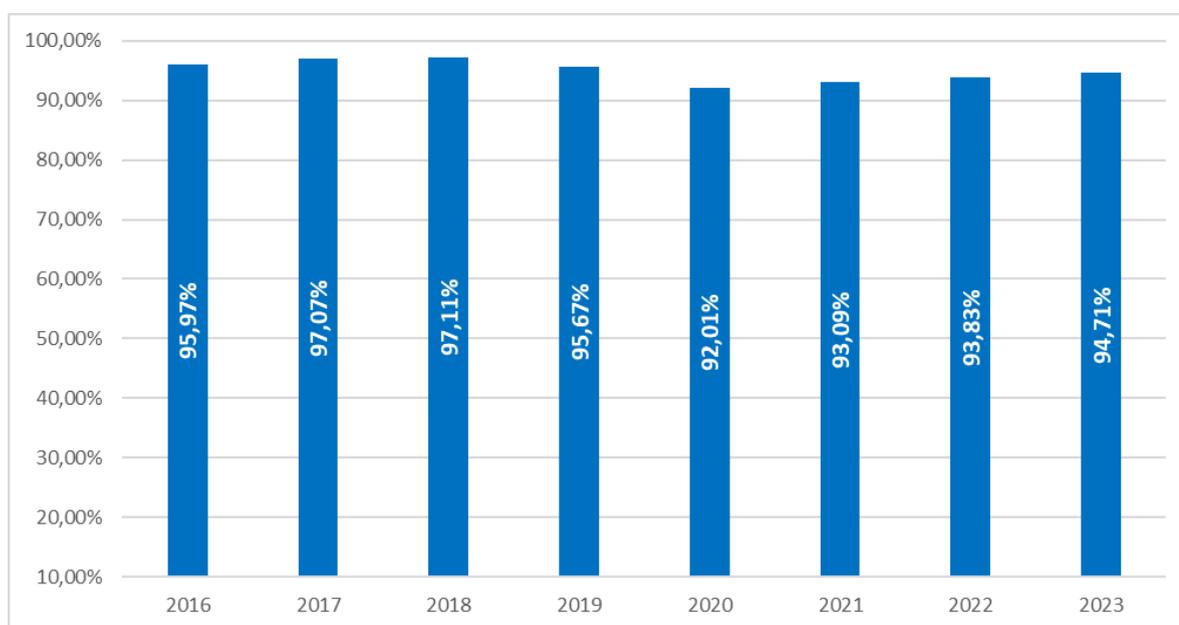
Fonte: SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Nota: Dados atualizados em 5 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões

A investigação de óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) é crucial para a vigilância da mortalidade materna, pois permite a correção da causa básica e a identificação de casos subnotificados. Frequentemente, a declaração de óbito original é insuficiente para permitir a correta classificação no capítulo XV da CID-10. A análise realizada pelos Comitês é fundamental para o reconhecimento de parte dessas mortes como maternas somente após a investigação.

Em alguns casos, registros de óbito são incorretamente codificados como mortes maternas, passando a compor o numerador da Razão de Mortalidade Materna (RMM), mesmo quando ocorrem mais de 42 dias após o parto — período em que deveriam ser classificados como óbitos obstétricos tardios (CID O96). Esses erros de registros criam discrepâncias e podem levar a sinalizações imprecisas no planejamento de medidas preventivas.

O **gráfico 3** apresenta a série histórica da proporção de investigação de óbitos de MIF em Minas Gerais, de acordo com os dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde. Quanto mais alto o indicador, melhor. Em 2023, o percentual de investigação ainda permanece abaixo de 95,00%, reforçando a necessidade de fortalecimento dos processos de vigilância e investigação de óbitos de MIF nos municípios. É fundamental retomar os elevados percentuais de investigação observados entre 2016 e 2019, como referência de boas práticas no estado.

GRÁFICO 3 - Percentual de investigação de óbitos MIF. Minas Gerais, 2016-2023



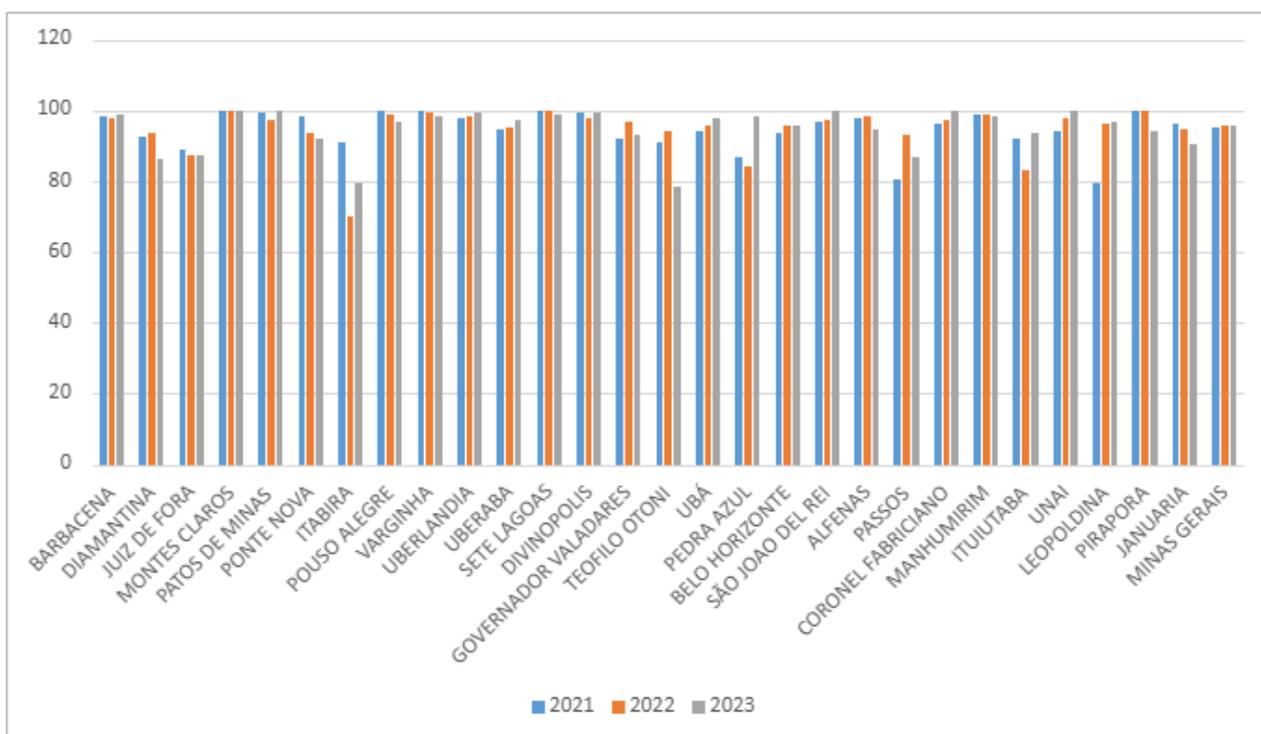
Fonte: DATASUS Ministério da Saúde (MS)/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

O **gráfico 4** apresenta a série histórica da proporção de investigação dos óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) por Unidade Regional de Saúde (URS), evidenciando a heterogeneidade entre as regiões quanto à execução dessa ação.

Em 2021, a taxa de investigação de óbitos de MIF foi de 93,09%; em 2022, subiu para 93,83%; e, em 2023, atingiu 94,71%. No entanto, as URS de Itabira, Teófilo Otoni, Juiz de Fora, Diamantina e Passos não alcançaram o percentual mínimo preconizado de 95,00% no último ano. Destaca-se que os Comitês Regionais de Itabira e Teófilo Otoni encontram-se, respectivamente, em processo de reestruturação e inatividade, o que pode ter impactado negativamente a condução das investigações e evidencia a necessidade de fortalecer a atuação dessas instâncias nos territórios.

Prevista na Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008, a investigação desses óbitos é essencial, considerando que parte das mortes de mulheres em idade fértil não é inicialmente declarada como materna. Essa ação desempenha papel crucial na redução da subnotificação e na qualificação dos dados sobre mortalidade materna.

GRÁFICO 4 – Percentual de Investigação dos Óbitos de Mulheres em Idade Fértil, segundo Unidade Regional de Saúde - Minas Gerais, 2021-2023



Fonte: DATASUS Ministério da Saúde (MS)/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A mortalidade infantil é um relevante indicador de bem-estar social, refletindo as condições de assistência à gestante e ao recém-nascido, o acesso a serviços de saúde, o planejamento reprodutivo, as condições sanitárias, a escolaridade materna e a habitação.

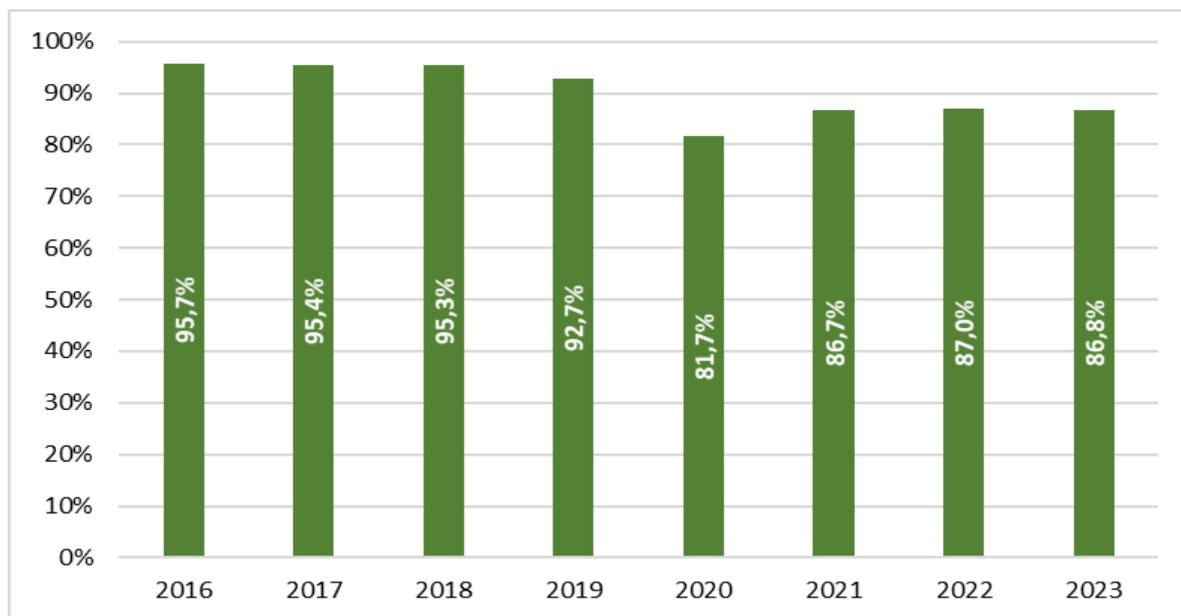
A investigação dos óbitos infantis, que se baseia em dados de prontuários, entrevistas e sistemas de informação, é fundamental para a compreensão das causas de morte. Para garantir a efetividade dessa análise, é imprescindível que os sistemas envolvidos sejam integrados e retroalimentados com os achados da investigação.

O percentual de óbitos infantis investigados é essencial para qualificar as causas de morte e identificar fragilidades na assistência. Desde o início da pandemia de COVID-19, observou-se uma queda nesse percentual, atribuída à sobrecarga das equipes, redução de pessoal e à menor priorização dessa atividade. A fragmentação das atribuições das equipes de vigilância contribuiu ainda mais para esse cenário.

O estudo detalhado dos óbitos permite compreender suas causas, subsidiar uma gestão mais adequada e construir indicadores de qualidade. Muitas dessas mortes são evitáveis por meio de ações eficazes dos serviços de saúde, que devem ser continuamente revisadas à luz dos avanços do conhecimento e das tecnologias.

O **gráfico 5** ilustra a evolução da proporção de óbitos infantis investigados entre 2016 e 2023, evidenciando avanços e retrocessos no período.

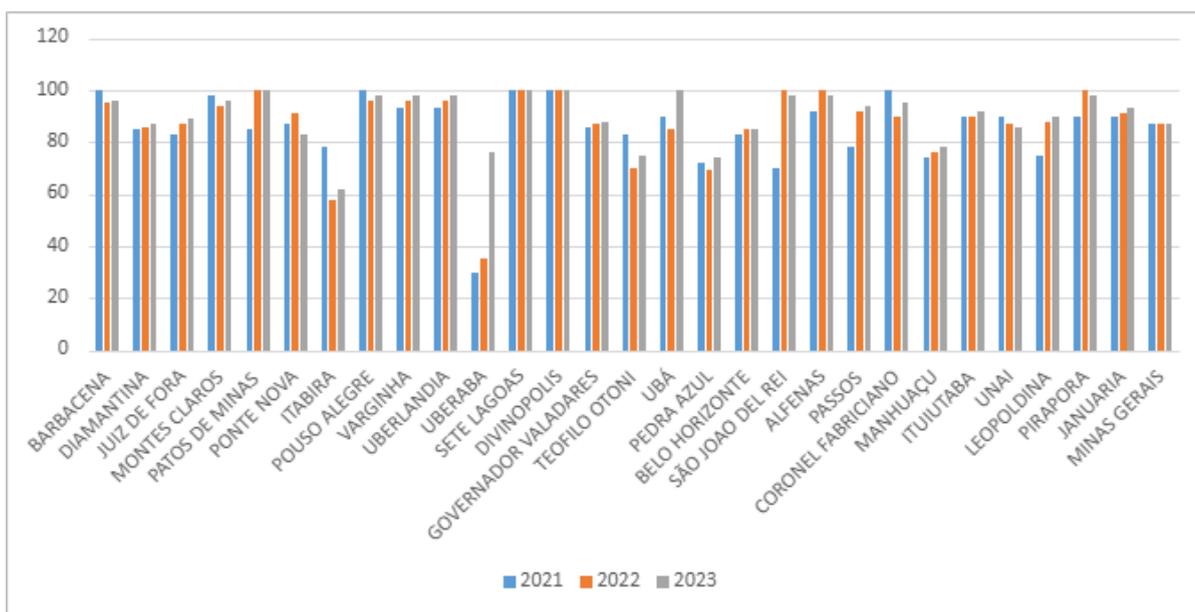
GRÁFICO 5 – Percentual de Investigação dos Óbitos Infantis - Minas Gerais, 2016-2023



Fonte: DATASUS Ministério da Saúde (MS)/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

O **gráfico 6** apresenta a série histórica da proporção de óbitos infantis investigados por Unidade Regional de Saúde (URS), revelando desigualdades significativas entre as regiões.

GRÁFICO 6 - Percentual de investigação de óbitos infantis por Unidade Regional de Saúde. Minas Gerais, 2020-2023



Fonte: DATASUS Ministério da Saúde (MS)/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

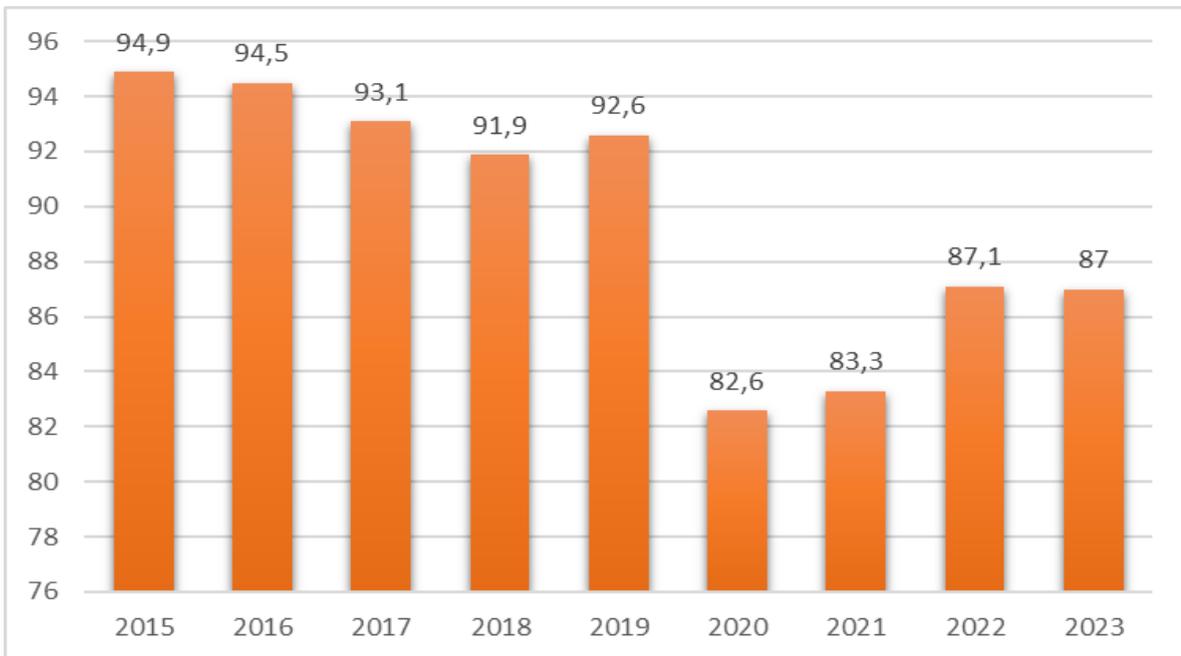
Algumas URS apresentaram desempenho abaixo do patamar mínimo recomendado de 70% de investigação em determinados anos. Destacam-se:

- SRS Uberaba, com índices persistentemente baixos: 36,4% em 2020, 30,7% em 2021 e 34,6% em 2022;
- GRS Itabira, com valores de 60,4% em 2020, 58,0% em 2022 e 61,2% em 2023;
- GRS Pedra Azul, que registrou 69,7% em 2022, próximo ao limite mínimo.

Esses resultados reforçam a necessidade de estratégias regionais específicas para fortalecer a vigilância e qualificar os dados sobre mortalidade infantil.

A investigação epidemiológica dos óbitos fetais, apresentada no **gráfico 7**, revela um cenário preocupante e enfrenta desafios semelhantes aos observados na análise dos óbitos infantis - como a sobrecarga e escassez de profissionais, a priorização reduzida da atividade nas rotinas municipais e a fragmentação das atribuições das equipes de vigilância.

GRÁFICO 7 – Percentual de investigação de óbitos fetais por ano. Minas Gerais, 2015-2023



Fonte: DATASUS Ministério da Saúde (MS)/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

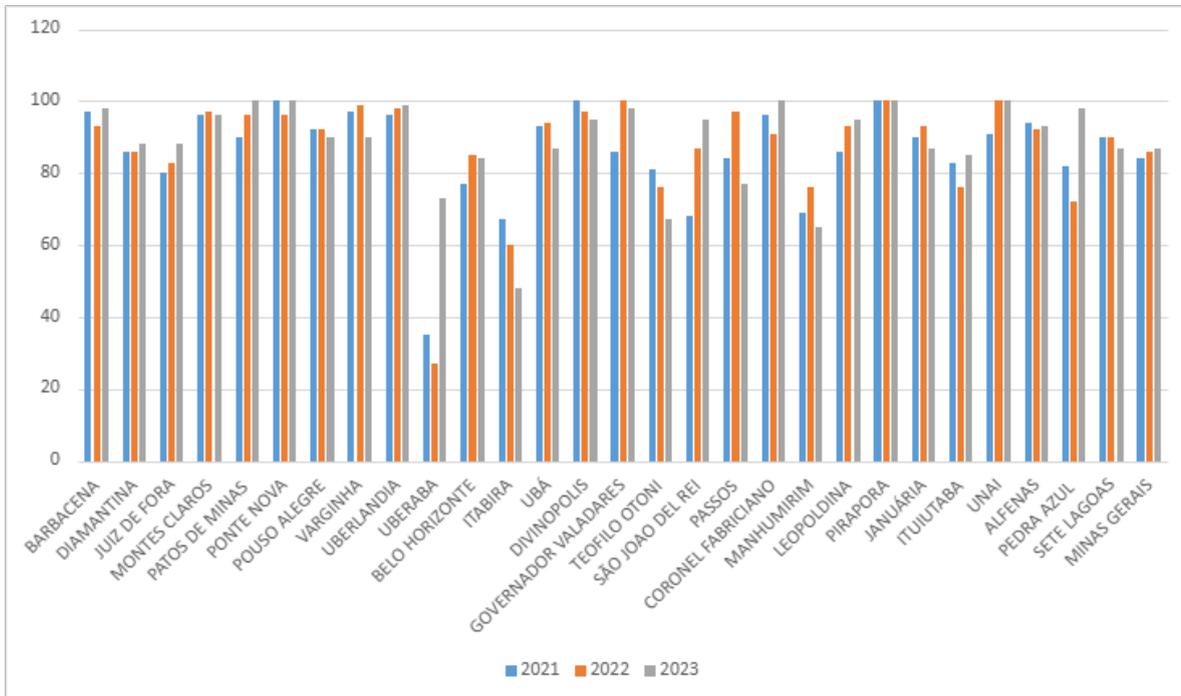
A baixa proporção de óbitos fetais investigados compromete a compreensão de suas causas e limita a adoção de medidas preventivas voltadas à qualificação da atenção pré-natal, do parto e do nascimento.

Para reverter esse quadro, é fundamental estimular a investigação sistemática desses óbitos, promover reuniões regulares dos comitês de mortalidade e garantir o acompanhamento técnico contínuo das equipes regionais e municipais. Tais ações fortalecem a capacidade de resposta do sistema de saúde e contribuem para a redução da mortalidade perinatal evitável.

O **gráfico 8** traz a evolução histórica da proporção de óbitos fetais investigados por URS, evidenciando disparidades importantes entre as regiões.

Chama a atenção a URS Uberaba, que apresentou percentuais de investigação significativamente baixos nos três anos analisados, sinalizando uma dificuldade persistente na realização dessa etapa da vigilância.

GRÁFICO 8 - Percentual de investigação de óbitos fetais por Unidade Regional de Saúde - Minas Gerais, 2020-2023.



Fonte: DATASUS Ministério da Saúde (MS)/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Redução da natalidade e impacto na mortalidade materna

O **gráfico 9** evidencia a contínua redução do número de nascidos vivos em Minas Gerais desde 2019, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Essa tendência, embora compatível com o perfil demográfico brasileiro, impõe uma reflexão urgente sobre seus impactos na razão de mortalidade materna (RMM) e na estrutura assistencial vigente.

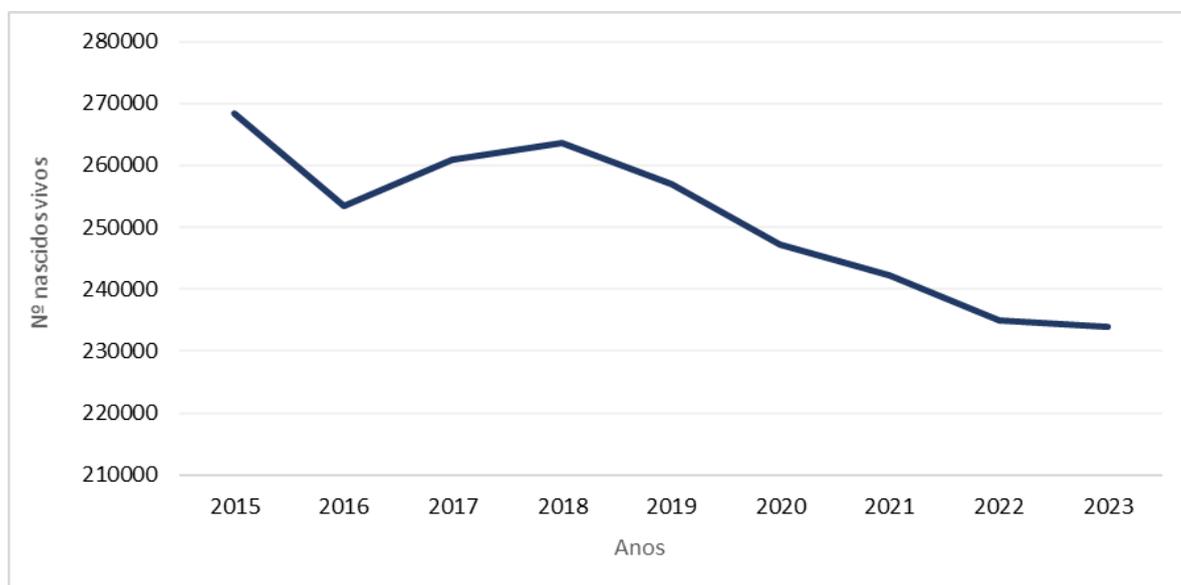
Com menos nascimentos ocorrendo, o risco é que se consolide uma falsa percepção de menor demanda por serviços obstétricos, o que pode levar à desestruturação progressiva das redes de atenção, à desmobilização de equipes qualificadas e à redução da capacidade de resposta a eventos críticos. Nesse cenário, cada morte materna passa a representar um impacto proporcionalmente maior, podendo elevar a RMM mesmo sem aumento no número absoluto de óbitos.

Essa situação é extremamente preocupante e precisa ser enfrentada com seriedade. A redução da natalidade não significa menor necessidade de cuidado, mas sim um alerta sobre a urgência de manter - e, em muitos casos, fortalecer - os serviços de saúde materna. Protocolos robustos, vigilância ativa, rede de atenção organizada e articulação

intersectorial devem ser vistos como pilares inegociáveis, independentemente da quantidade de partos realizados.

Discutir com profundidade os efeitos da transição demográfica sobre a saúde materna é essencial para o planejamento de políticas públicas que sejam sustentáveis, equitativas e eficazes na preservação da vida.

GRÁFICO 9- Número de nascidos vivos notificados ao Sinasc. Minas Gerais, 2015-2023



Fonte: SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 17 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Mortalidade materna relacionada à gravidez

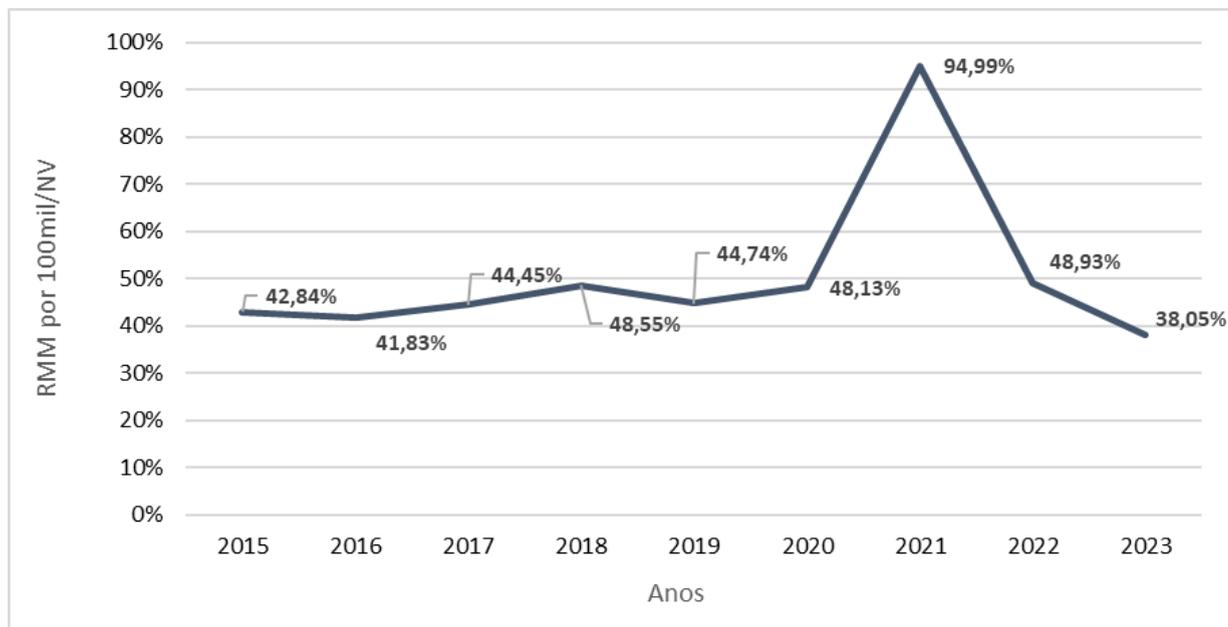
Em consulta ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), com dados atualizados em 05 de fevereiro de 2025, foram identificados **89 óbitos declarados como morte materna no ano de 2023**, atualmente considerados no cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM). No módulo de investigação epidemiológica do SIM, consta que dois desses óbitos não foram investigados, o que acende um alerta importante sobre lacunas na vigilância.

Paralelamente, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) registrou **233.889 nascidos vivos em 2023**. Com base nesses dados, a **RMM estimada para o estado em 2023 foi de 38,05 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos**.

Os **gráficos 10 e 11** apresentam, respectivamente, a série histórica da RMM no período de

2015 a 2023 e a média da RMM dos últimos três triênios. Em 2021, observa-se um pico expressivo na razão, próximo de três dígitos, reflexo direto do impacto da pandemia de COVID-19, que consolidou a tendência de alta da mortalidade materna observada ao longo do triênio 2020–2022.

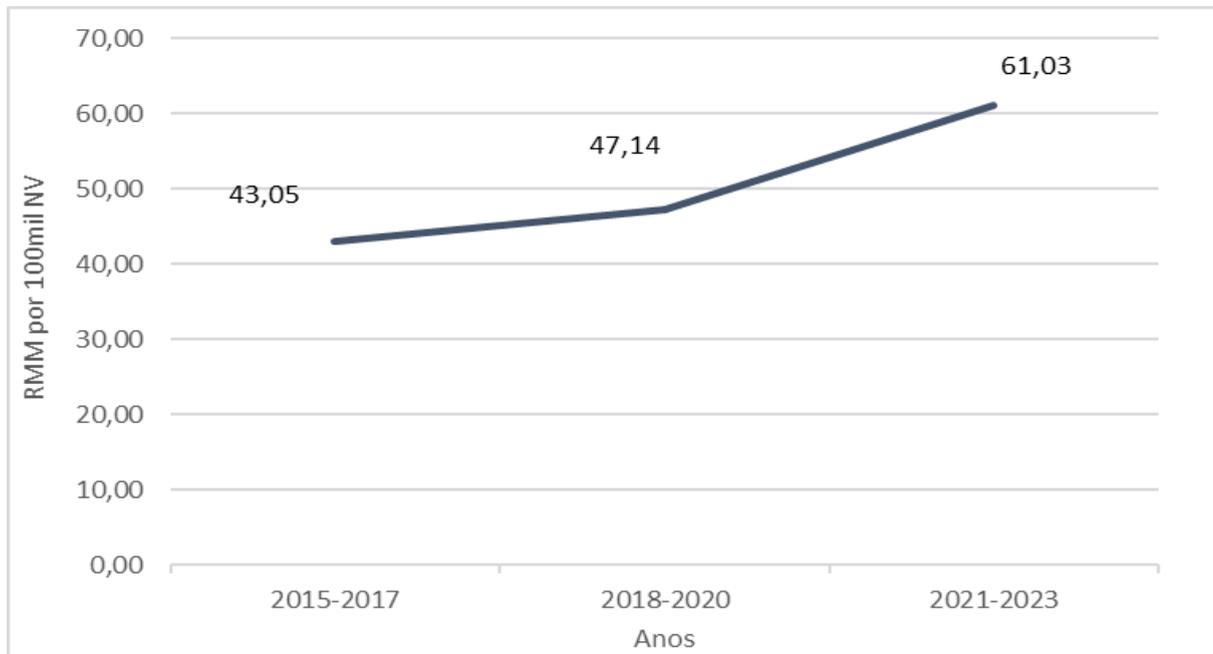
GRÁFICO 10 – Razão da Mortalidade Materna, segundo ano do óbito. Minas Gerais, 2015 a 2023



Fonte: SIM e SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 05 e 17 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Nos anos subsequentes, 2022 e 2023, houve uma redução da RMM para níveis mais próximos dos observados antes da pandemia. Essa melhora pode refletir múltiplos fatores: a experiência acumulada pelas equipes durante a crise sanitária, maior sensibilização sobre os riscos da mortalidade materna e o fortalecimento de algumas práticas assistenciais, com destaque para protocolos de vigilância e capacitação em urgência obstétrica. Campanhas de mobilização e educação em saúde também podem ter contribuído para uma maior adesão das gestantes ao pré-natal e maior atenção de familiares e profissionais.

GRÁFICO 11 – Razão da Mortalidade Materna, por triênios. Minas Gerais, 2015 a 2023



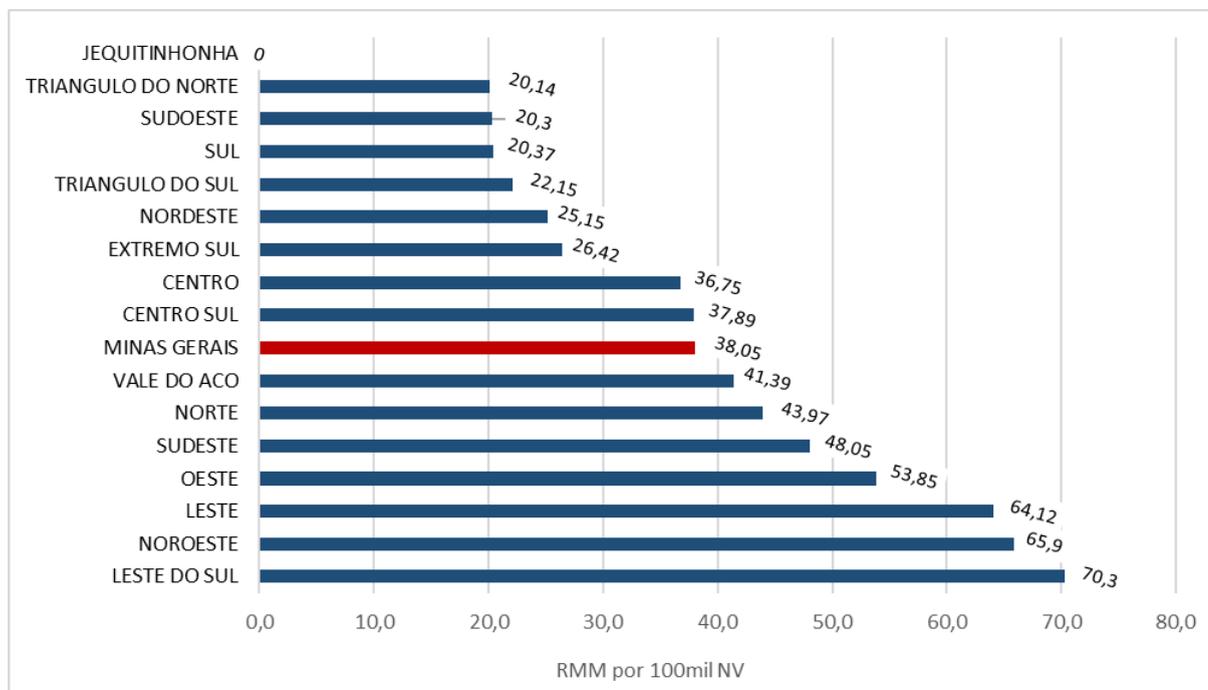
Fonte: SIM e SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 05 e 17 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões

Apesar dessa redução, a mortalidade materna permanece em um patamar elevado e preocupante, incompatível com os compromissos de redução firmados internacionalmente e com os recursos disponíveis no estado. Além disso, a não investigação de parte dos óbitos impede uma análise mais qualificada das causas envolvidas e das condições de evitabilidade.

É fundamental, portanto, manter o monitoramento sistemático e transparente dos dados, garantir a investigação de 100% dos óbitos e investir em ações estruturantes de prevenção, com foco na equidade regional, na resposta oportuna às urgências e na melhoria contínua da assistência obstétrica em todos os níveis de complexidade.

As informações epidemiológicas revelam variações expressivas no risco de mortalidade materna associada a complicações durante a gestação, o parto e o puerpério em diferentes territórios do estado. A RMM apresenta diferenças marcantes entre as macrorregiões de saúde, conforme demonstrado no **gráfico 12**.

GRÁFICO 12 - Razão de Mortalidade Materna por macrorregião de saúde. Minas Gerais, 2023.



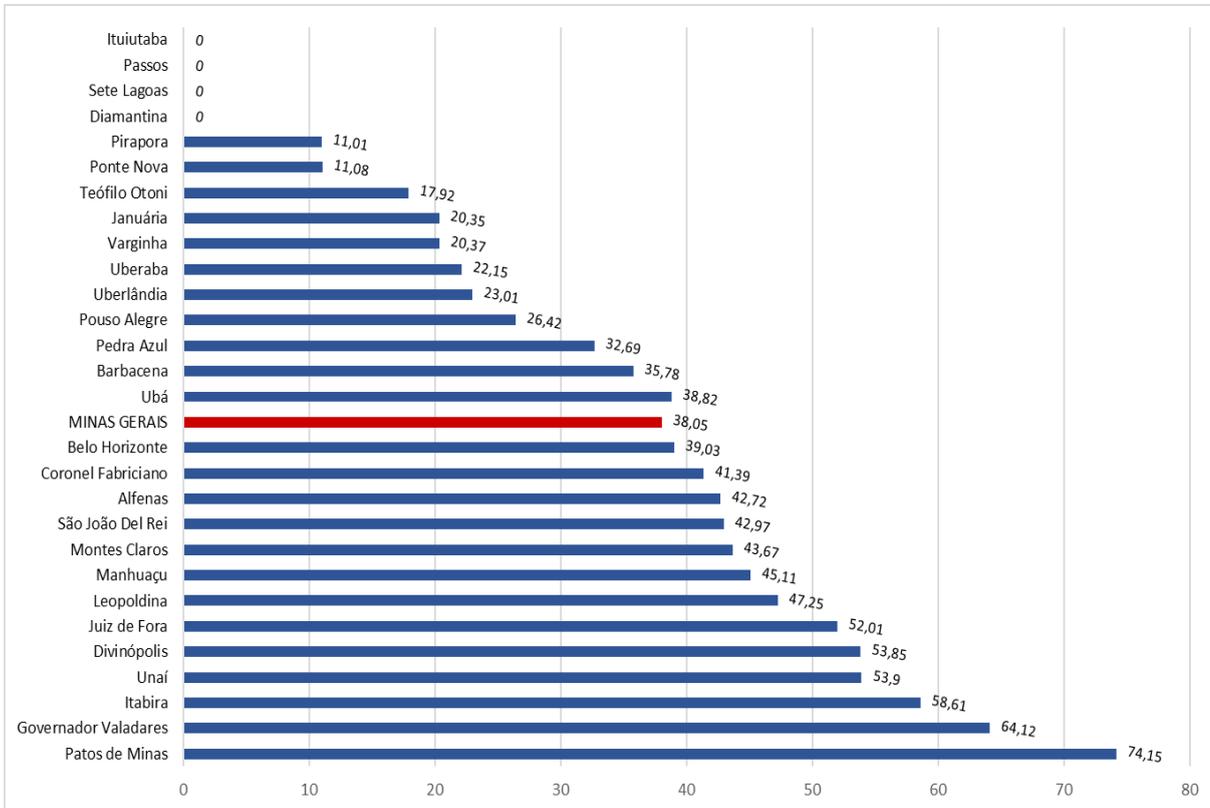
Fonte: SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 05 e 17 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Em 2023, os índices mais elevados de RMM foram registrados nas macrorregiões Leste do Sul (70,3 por 100 mil nascidos vivos), Noroeste (65,9) e Leste (64,1), contrastando com os valores significativamente inferiores observados no Triângulo do Norte (20,1), Sudoeste (20,3) e Sul (20,3). Esses dados evidenciam desigualdades territoriais persistentes, que demandam ações específicas e estratégias regionais voltadas ao enfrentamento das causas da mortalidade materna e ao fortalecimento da rede de atenção obstétrica.

Nesse contexto, destaca-se o papel do Planejamento Regional Integrado (PRI), instrumento voltado à organização e à integração dos serviços de saúde com base nas necessidades e evidências locais. No estado de Minas Gerais, as macrorregiões Oeste, Leste e Leste do Sul — duas destas entre as com maior razão de mortalidade materna — elegeram como prioridade sanitária a estruturação e qualificação da Rede Assistencial Materno-Infantil, com foco na redução dos óbitos. Essa escolha demonstra alinhamento entre a gestão regional e os dados epidemiológicos, reforçando o compromisso com a melhoria dos indicadores e a promoção da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

O mesmo padrão de variação territorial é observado na RMM por URS, conforme demonstrado no **gráfico 13**.

GRÁFICO 13 - Razão de Mortalidade Materna por Unidade Regional de Saúde. Minas Gerais, 2023



Fonte: SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 05 e 17 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Mortalidade materna por causa obstétrica

Após a análise dos níveis da RMM, é essencial aprofundar a compreensão sobre os fatores que contribuem diretamente para os óbitos maternos. O **quadro 1** apresenta a classificação dos óbitos relacionados à gravidez segundo o tipo de causa obstétrica.

A morte materna é classificada, segundo a CID-Mortalidade Materna (CID-MM), em três tipos: obstétrica direta, quando decorre de complicações da gestação, parto ou puerpério; obstétrica indireta, quando resulta do agravamento de condições clínicas preexistentes; e não especificada, quando a causa não é claramente definida como direta ou indireta.

As causas diretas são agrupadas, conforme a classificação da OMS/CID-MM, em categorias (grupos causa) como: transtornos hipertensivos da gravidez, hemorragias, infecções, complicações relacionadas ao abortamento, transtornos do trabalho de parto/parto/puerpério e outras causas obstétricas diretas.

QUADRO 1 - Óbitos maternos segundo tipo de causa no Sistema de Informação sobre Mortalidade. Minas Gerais, 2023

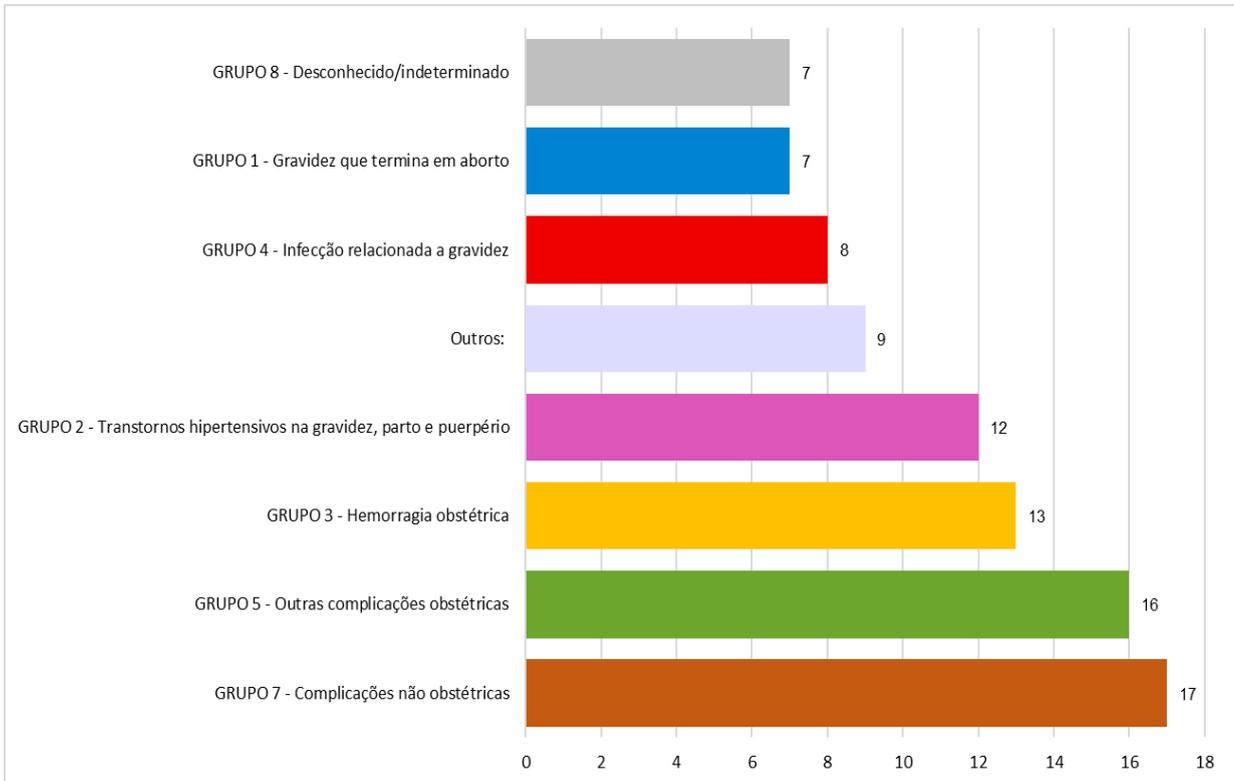
Tipo causa obstétrica	Óbitos Maternos	%
Morte materna obstétrica direta	63	71,5
Morte materna obstétrica indireta	18	20,4
Morte materna obstétrica não especificada	8	8,1
Total	89	100,0

Fonte: SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados de 2022 a 2025 atualizados em 5 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

A adequada identificação dessas causas é essencial para orientar estratégias de prevenção, qualificar a assistência e garantir a eficácia das políticas públicas voltadas à saúde materna.

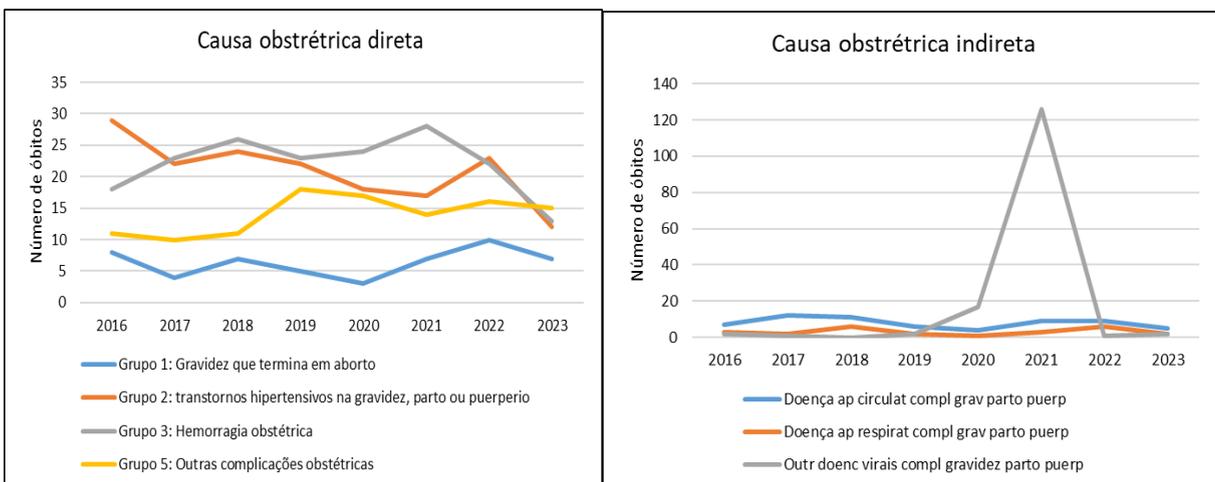
A **figura 1** e o **gráfico 14** apresentam a distribuição das causas de óbitos maternos registrados em 2023, conforme essa classificação.

FIGURA 1 - Número de óbitos maternos por grupo de causas (classificação CID-Mortalidade Materna - CID-MM). Minas Gerais, 2023.



Fonte: PAINEL TEMÁTICO DE MORTALIDADE MATERNA MG. Disponível em: <https://app.powerbi.com/viewr=eyJrJoiYTjYjYTZkZWYtOGE5Yi00YTJFjLWI2NGYtMjlxMGNkMmIzYTFliliwidCI6ljg3ZTRkYTJiL TgyZGYtNDhmNi05MTU3LTY5YzNjYTYwMGRmMiIsImMiOjR9>

GRÁFICO 14 - Principais causas de morte materna. Minas Gerais, 2016 a 2023

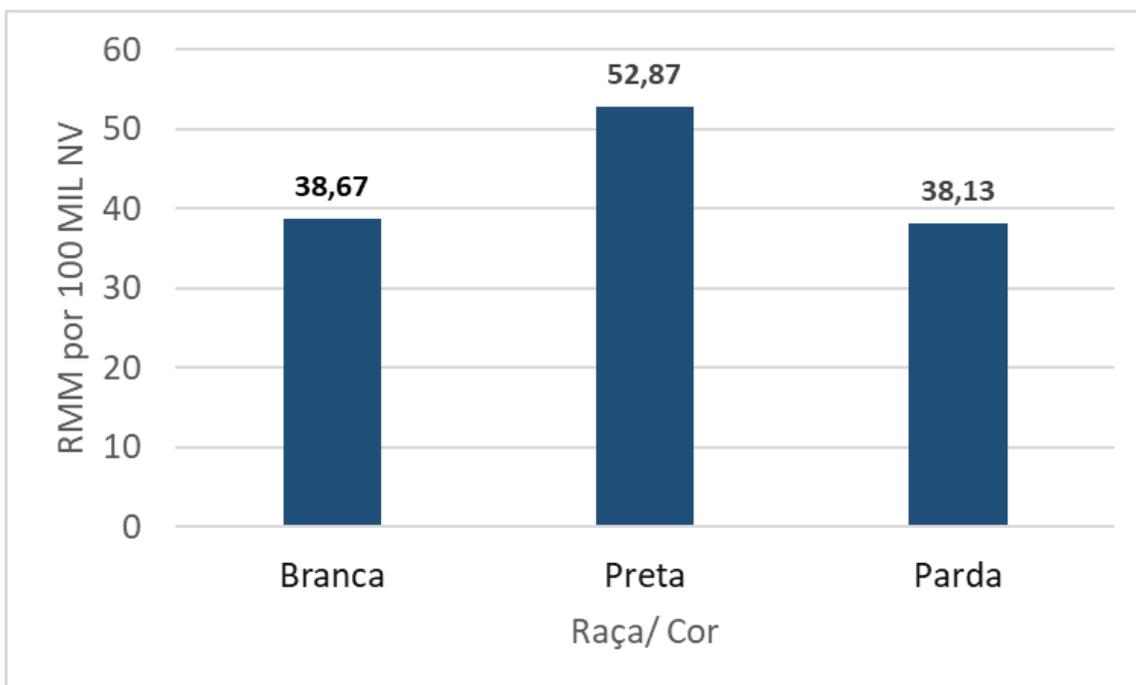


Fonte: PAINEL TEMÁTICO DE MORTALIDADE MATERNA MG. Disponível em: <https://app.powerbi.com/viewr=eyJrJoiYTjYjYTZkZWYtOGE5Yi00YTJFjLWI2NGYtMjlxMGNkMmIzYTFliliwidCI6ljg3ZTRkYTJiL TgyZGYtNDhmNi05MTU3LTY5YzNjYTYwMGRmMiIsImMiOjR9>

Mortalidade materna e raça/cor

O **gráfico 15** revela que, em 2023, **não foram registrados óbitos maternos entre mulheres indígenas** em Minas Gerais (semelhante aos anos de 2021 e 2022). No entanto, a **RMM entre mulheres pretas permanece significativamente mais alta** do que entre mulheres brancas e pardas, evidenciando desigualdades raciais persistentes na saúde materna.

GRÁFICO 15 – Razão de Morte Materna (por 100 mil NV) segundo raça cor, Minas Gerais, 2023



Fonte: SINASC e SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 06 de maio de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Essa disparidade é resultado de fatores estruturais interligados, como condições socioeconômicas desfavoráveis, acesso limitado a serviços de saúde de qualidade e a presença de racismo estrutural, que se manifesta no atendimento inadequado, na desvalorização de queixas e na dificuldade de navegação pelos serviços.

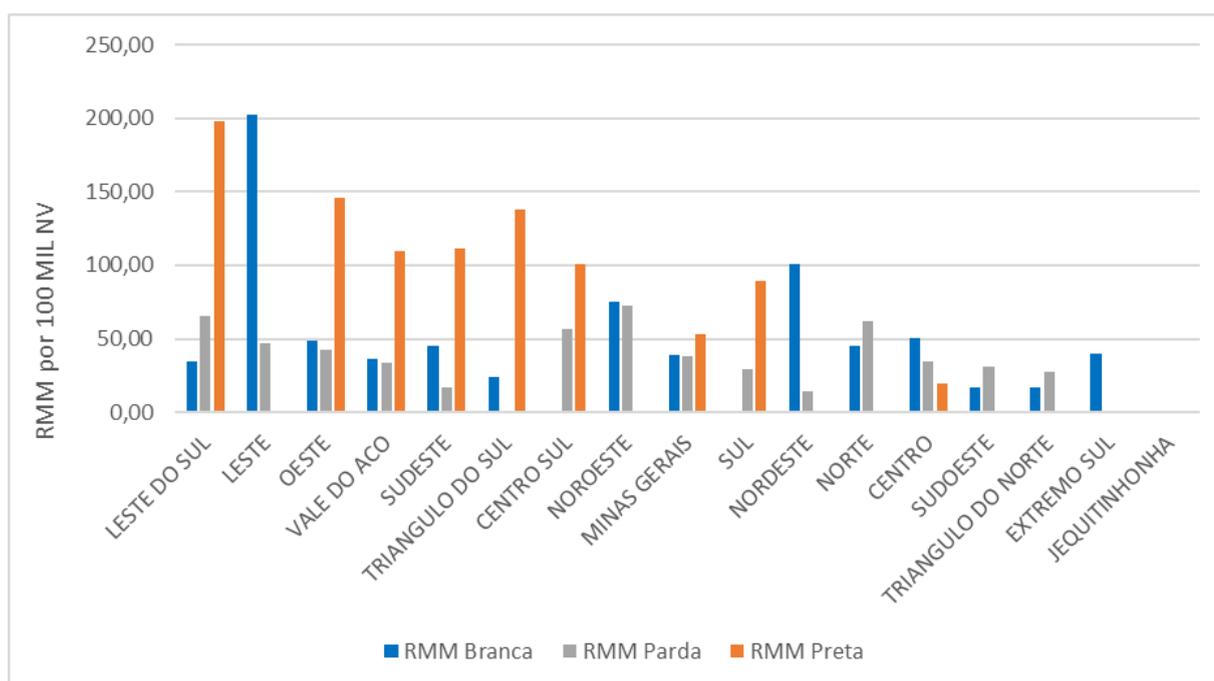
Além disso, a maior prevalência de doenças crônicas pré-existentes, como hipertensão e diabetes, entre a população negra, aumenta o risco gestacional quando não gerenciado adequadamente. A falta de acesso a informações em saúde, o reconhecimento tardio de sinais de gravidade e a fragilidade no suporte social e familiar são fatores adicionais que

impactam diretamente a segurança materna.

Esses elementos, quando combinados, contribuem de forma decisiva para a elevada mortalidade materna entre mulheres negras, o que demanda ações específicas de enfrentamento à desigualdade racial na saúde, com enfoque em equidade, acesso, escuta qualificada e cuidado culturalmente sensível.

A análise da RMM por raça/cor nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, apresentada no **gráfico 16**, evidencia desigualdades estruturais profundas, tanto entre os grupos populacionais quanto entre os territórios.

GRÁFICO 16 - Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil NV) por macrorregião de saúde, segundo raça/cor (branca, parda e preta) 2023



Fonte: SINASC e SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 06 de maio de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Entre as mulheres brancas, a macrorregião Leste do Sul registrou a RMM mais elevada do estado, com 202,43 óbitos por 100 mil nascidos vivos, seguida pelas macrorregiões Nordeste (100,91) e Noroeste (75,53). Esses números indicam que, mesmo em um grupo historicamente menos vulnerável, o fator geográfico segue impactando de forma significativa o risco de morte materna, evidenciando fragilidades locais importantes.

No caso das mulheres pretas, os dados revelam uma realidade ainda mais grave. Seis

macrorregiões apresentaram RMM acima de 100 por 100 mil nascidos vivos: um patamar crítico e inaceitável. Destacam-se:

- Leste do Sul (198,41);
- Oeste (145,45);
- Triângulo do Sul (138,12);
- Sudeste (111,77);
- Vale do Aço (109,65);
- Centro-Sul (101,21).

Esses dados escancaram a sobreposição das desigualdades raciais e territoriais, nas quais o racismo estrutural, a precariedade do acesso, a negligência institucional e a baixa responsividade dos serviços atuam de forma combinada. **Mulheres negras seguem expostas a riscos maternos desproporcionais, independentemente da estrutura regional disponível, o que evidencia a persistência das iniquidades raciais no cuidado à saúde.**

Entre as mulheres pardas, a macrorregião Noroeste apresentou a maior RMM, com 72,78 óbitos por 100 mil nascidos vivos, seguida da Leste do Sul (65,91). Embora com valores absolutos menores, o cenário exige atenção, especialmente por se tratar do grupo racial mais numeroso da população mineira, que apresenta risco materno relevante em diversas regiões.

Esses achados demonstram que a equidade racial no cuidado obstétrico está diretamente ligada à equidade territorial. A redução consistente da mortalidade materna exige o enfrentamento estruturado das iniquidades raciais e regionais, com ações dirigidas de vigilância, qualificação da assistência e promoção da justiça reprodutiva, em especial para as populações negras e periféricas.

Mortalidade materna e escolaridade

O **gráfico 17** apresenta a distribuição da RMM segundo a escolaridade da mulher. Observa-se que os maiores valores de RMM ocorrem **entre mulheres com menos de três anos de estudo, evidenciando a relação direta entre menor escolaridade e maior risco de morte materna.**

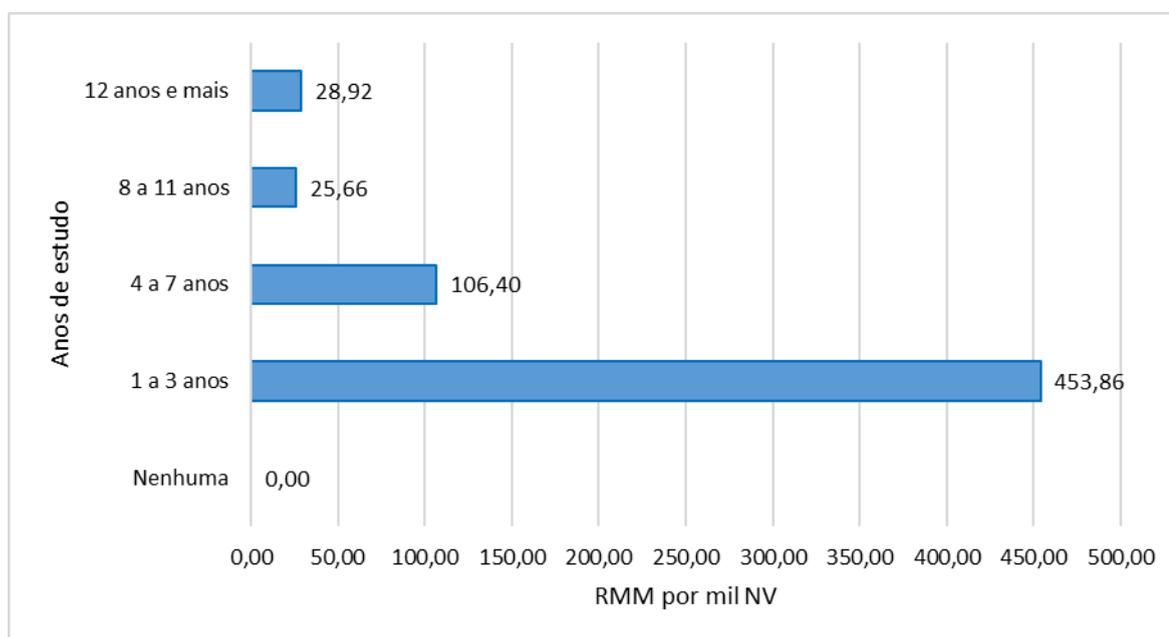
A baixa escolaridade está associada a uma série de determinantes sociais que amplificam a vulnerabilidade dessas mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Entre os principais fatores, destacam-se: menor acesso à informação em saúde, o que dificulta o reconhecimento de sinais de alerta; barreiras financeiras e territoriais, que limitam a

busca por serviços de qualidade; e fragilidades na oferta de cuidado pré-natal qualificado, frequentemente mais comuns em populações de menor renda e escolaridade.

Além disso, a escolaridade influencia a capacidade de compreender e interagir com os profissionais de saúde, que favorecem decisões mais seguras e autônomas durante a gestação, o parto e o puerpério. Fatores sociais, como a ausência de suporte familiar ou comunitário, também agravam esse cenário.

Esses elementos, quando combinados, refletem uma estrutura de iniquidade social que penaliza as mulheres com menor escolaridade, exigindo políticas públicas específicas de compensação, promoção da equidade e fortalecimento da atenção básica como porta de entrada para o cuidado obstétrico integral.

GRÁFICO 17 – Razão de Morte Materna (por 100 mil NV) segundo escolaridade da mulher - Minas Gerais, 2023.

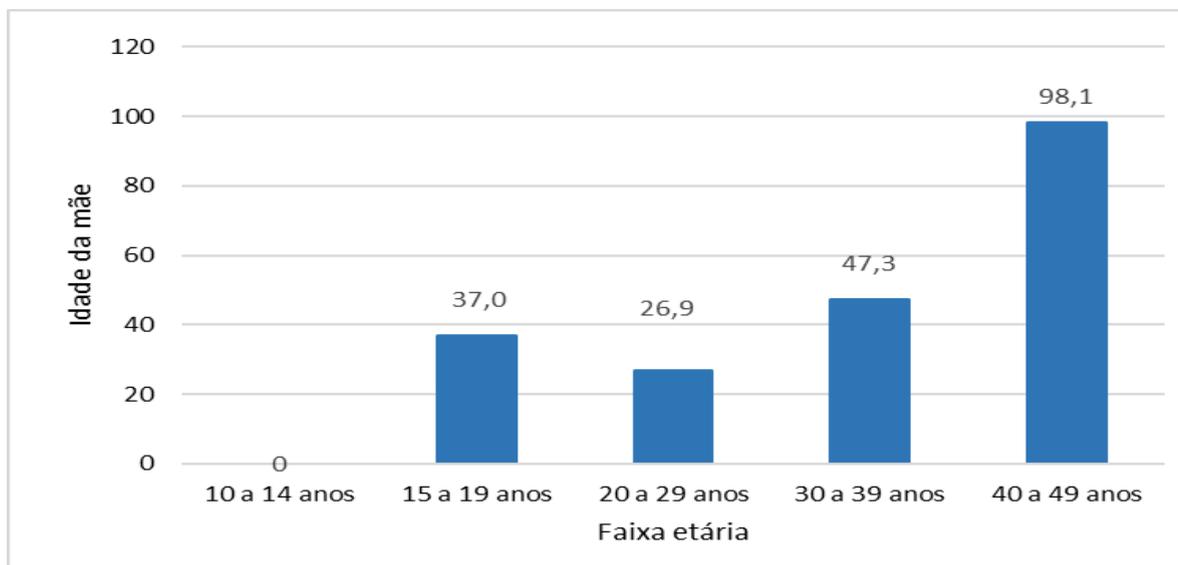


Fonte: SINASC e SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 02 de abril e 17 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Mortalidade materna e faixa etária

O **gráfico 18** apresenta a Razão de Mortalidade Materna (RMM) por faixa etária em Minas Gerais, evidenciando uma tendência clara: **o risco de morte materna aumenta com o avanço da idade.**

GRÁFICO 18 – Razão de Morte Materna (por 100mil NV), segundo faixa etária. Minas Gerais, 2023



Fonte: SINASC e SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 02 de abril e 17 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

A RMM foi mais elevada no grupo de 40 anos ou mais, atingindo 98,1 óbitos por 100 mil nascidos vivos, seguido pela faixa de 30 a 39 anos, com 47,3/100 mil. A literatura aponta que, com o avanço da idade materna, há maior propensão ao surgimento de complicações como hipertensão gestacional, diabetes, aumento da necessidade de cesarianas e risco de abortamento espontâneo, além de maior frequência de gestações múltiplas em decorrência do uso de técnicas de reprodução assistida. Alguns estudos também descrevem maior risco de hemorragias e complicações placentárias, especialmente em mulheres com comorbidades ou antecedentes obstétricos desfavoráveis.

Embora apresentem RMM absoluta menor, gestantes entre 10 e 19 anos também compõem um grupo de atenção. Em 2023, não foram registrados óbitos maternos no grupo de 10 a 14 anos, enquanto a faixa de 15 a 19 anos apresentou uma RMM de 37,0 por 100 mil nascidos vivos, valor superior ao observado entre mulheres de 20 a 24 anos (26,9/100 mil). A gravidez na adolescência, frequentemente associada à baixa escolaridade, vulnerabilidade social, ausência de planejamento reprodutivo e barreiras no acesso ao pré-natal, contribui para o aumento do risco de desfechos maternos adversos.

Em resumo, tanto a gravidez na adolescência quanto em idades mais avançadas envolve riscos ampliados decorrentes de fatores biológicos, sociais e assistenciais. A análise da RMM por faixa etária reforça a necessidade de políticas públicas e estratégias de cuidado

que considerem as especificidades de cada grupo, com ações voltadas à prevenção da gravidez precoce, à atenção clínica qualificada às gestações de risco elevado e à garantia de acesso a um cuidado contínuo e sensível ao ciclo de vida reprodutiva da mulher.

Nesse contexto, torna-se indispensável a estratificação precoce do risco gestacional durante o pré-natal, como ferramenta para identificar situações de maior vulnerabilidade e orientar condutas clínicas, encaminhamentos e níveis adequados de atenção à saúde materna.

Mortalidade materna e momento do óbito

Quanto ao momento do óbito, observa-se que a maioria das mortes ocorreu durante o puerpério até 42 dias (56,2%), enquanto 30,3% aconteceram durante a gestação, o parto ou o abortamento. Em 10 declarações de óbito registradas no SIM, o campo referente ao momento do óbito estava em branco, preenchido como ignorado ou continha informações inconsistentes (**Tabela 1**).

O preenchimento correto do campo 37 do Bloco V da Declaração de Óbito (DO) é de suma importância nos casos de óbitos de mulheres em idade fértil. Trata-se de uma informação essencial para a caracterização da morte materna declarada, bem como para a identificação de mortes maternas tardias, a triagem dos óbitos que devem ser investigados e o cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM).

TABELA 1 – Momento do óbito materno. Minas Gerais, 2023

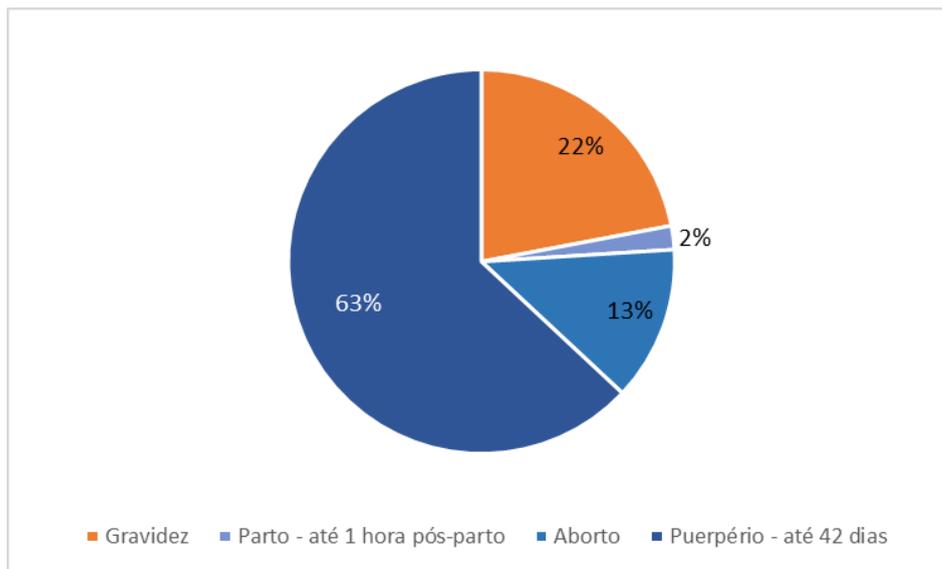
Morte gravidez/puerpério - 2023	Óbitos Maternos	%
Durante a gravidez, parto ou aborto	27	30,3
Durante o puerpério, até 42 dias	50	56,2
Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano	2	2,2
Não informado ou ignorado	10	11,2
Total	89	100,0

Fonte: SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 05 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

O **gráfico 19** demonstra que o puerpério imediato concentra a maior parte dos óbitos maternos após o parto, evidenciando importantes fragilidades na assistência à mulher nesse período crítico. As primeiras 24 horas pós-parto se mostram especialmente

vulneráveis, exigindo vigilância contínua, resposta clínica imediata e estrutura adequada nos serviços de saúde.

GRÁFICO 19 - Distribuição dos óbitos maternos segundo momento do óbito. Minas Gerais, 2023.



Fonte: CEPMMIF-MG

A Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG analisou 81 casos de óbitos maternos, sendo: 74 classificados como diretos e indiretos, 11 tardios, restando 63 óbitos que participam do cálculo da RMM de 2023. Desses, as principais causas identificadas foram:

- Hemorragias obstétricas (retenção placentária, hemorragia pós-parto, choque hipovolêmico);
- Embolia por líquido amniótico;
- Complicações hipertensivas, como pré-eclâmpsia grave, síndrome HELLP e eclâmpsia;
- Infecções graves, incluindo sepse, pneumonia, infecção puerperal e urinária;
- Condições clínicas crônicas ou descompensadas, como hipertensão arterial, diabetes, doenças autoimunes, hepáticas, digestivas, obesidade e transtornos psiquiátricos;
- Causas neurológicas e intercorrências anestésicas, ainda que menos frequentes.

Essa diversidade de causas aponta para a complexidade clínica do puerpério e reforça a necessidade de estratificação de risco desde o pré-natal, indicação de partos em

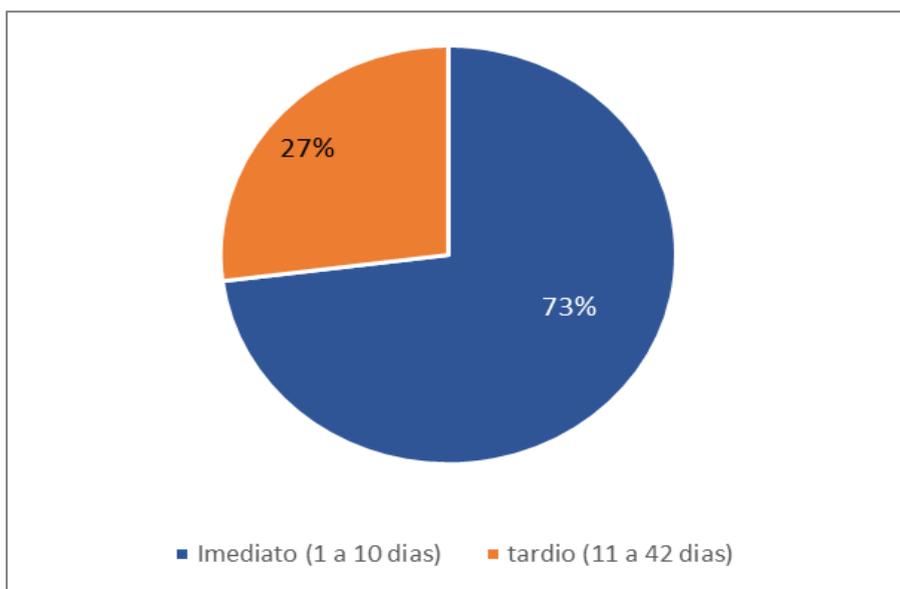
unidades com suporte especializado e continuidade da assistência após a alta hospitalar. A prevenção de mortes nesse período depende também do fortalecimento dos protocolos de urgência obstétrica, especialmente no manejo de hemorragias, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, sepse e intercorrências pós-cirúrgicas. Para isso, são fundamentais:

- Protocolos atualizados de urgência obstétrica e cuidados no pós-parto;
- Capacitação permanente das equipes de saúde;
- Disponibilidade de insumos e medicamentos essenciais;
- Integração entre os níveis de atenção, com seguimento estruturado e acolhimento qualificado.

O cuidado pós-parto precisa ser reconhecido como uma etapa ativa da assistência obstétrica, e não como um encerramento. Seu fortalecimento é decisivo para a redução de mortes maternas evitáveis e para garantir segurança e continuidade do cuidado à mulher.

O **gráfico 20** reforça o achado central da análise anterior, demonstrando novamente que o puerpério imediato concentra a maior parte dos óbitos maternos ocorridos após o parto. Esse dado confirma a persistência de fragilidades na resposta assistencial nesse período crítico e sublinha a necessidade de ações clínicas e sistêmicas coordenadas nas primeiras 24 horas pós-parto.

GRÁFICO 20 - Distribuição dos óbitos maternos por tempo de puerpério. Minas Gerais, 2023.



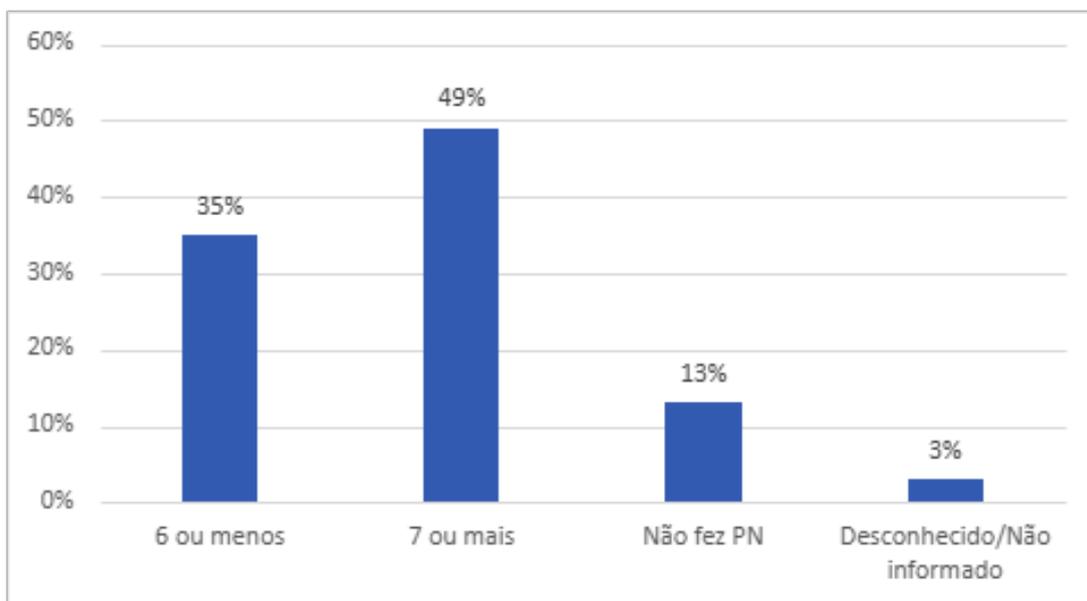
Fonte: CEPMMIF-MG

A recorrência das causas associadas - como hemorragias, embolias, infecções graves, complicações hipertensivas e descompensações de comorbidades pré-existentes - destaca a urgência de garantir resposta estruturada, qualificação permanente das equipes e monitoramento clínico intensivo. Mais do que um alerta estatístico, os dados apontam para a necessidade de consolidar o puerpério imediato como etapa central da assistência obstétrica e da vigilância em saúde materna.

Mortalidade materna e pré-natal

Dos 63 óbitos maternos analisados, observou-se que 22 mulheres (35%) realizaram até seis consultas de pré-natal, enquanto 31 (49%) compareceram a sete ou mais consultas, conforme mostra o **gráfico 21**. Além disso, oito mulheres (13%) não realizaram nenhuma consulta, e em dois casos (3%) essa informação não estava disponível.

GRÁFICO 21 - Número de consultas pré-natal. Minas Gerais, 2023.



Fonte: CEPMMIF-MG

Esses dados revelam que, embora a maioria das mulheres tenha tido acesso ao pré-natal em número igual ou superior ao mínimo recomendado, uma parcela expressiva não realizou nenhuma consulta, o que evidencia barreiras importantes no acesso aos serviços de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal. A proporção de 13% de mulheres que não

realizaram qualquer acompanhamento pré-natal é alarmante, sobretudo diante do papel dessa estratégia na identificação precoce de riscos e na adoção de medidas preventivas oportunas.

Adicionalmente, o fato de que 49% dos óbitos ocorreram entre mulheres que realizaram sete ou mais consultas aponta para fragilidades na qualidade da atenção pré-natal. Isso sugere que, apesar do número adequado de consultas, pode ter havido falhas na avaliação clínica, no reconhecimento de sinais de risco, na condução dos casos e na articulação com os demais pontos da RAS.

Essas observações reforçam que **o desafio atual não está restrito ao acesso ao pré-natal, mas sobretudo à qualificação desse cuidado**. É fundamental garantir que as consultas sejam resolutivas, voltadas à escuta atenta, à vigilância clínica adequada e à tomada de decisões assertivas que, de fato, contribuam para a redução da mortalidade materna por causas evitáveis.

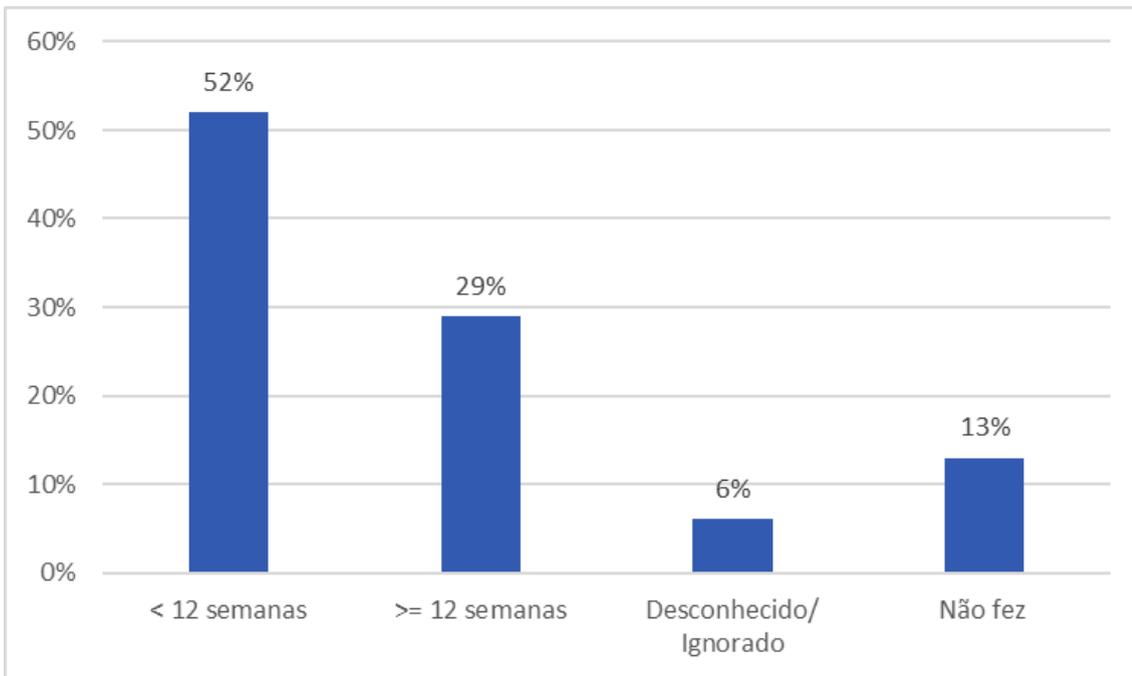
A análise da idade gestacional na primeira consulta de pré-natal, realizada pela Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG com base nos 63 casos estudados em 2023, revela achados importantes sobre a oportunidade do início do acompanhamento, conforme mostra o **gráfico 22**.

Das mulheres analisadas, 33 (52%) iniciaram o pré-natal com menos de 12 semanas de gestação, enquanto 18 (29%) iniciaram com 12 semanas ou mais. Em oito casos (13%) não houve realização de consulta pré-natal, e em quatro (6%) não foi possível obter essa informação.

Embora pouco mais da metade tenha iniciado o acompanhamento ainda no primeiro trimestre — período ideal para identificação precoce de riscos e definição de condutas, a soma de 42% (inícios tardios - 29% e ausência de pré-natal - 13%), ainda representa um obstáculo considerável. Esses dados indicam entraves no acesso oportuno à atenção pré-natal, com impactos diretos sobre a vigilância do ciclo gravídico-puerperal e a prevenção de complicações graves.

Além disso, mesmo entre aquelas que iniciaram o pré-natal precocemente, ocorreram desfechos fatais, evidenciando que o início oportuno, embora necessário, não é suficiente. Isso reforça a urgência de qualificar o cuidado prestado, garantindo que tanto a primeira consulta quanto as subsequentes sejam resolutivas, acolhedoras e integradas à RAS.

GRÁFICO 22 – Idade gestacional na primeira consulta de pré-natal. Minas Gerais, 2023

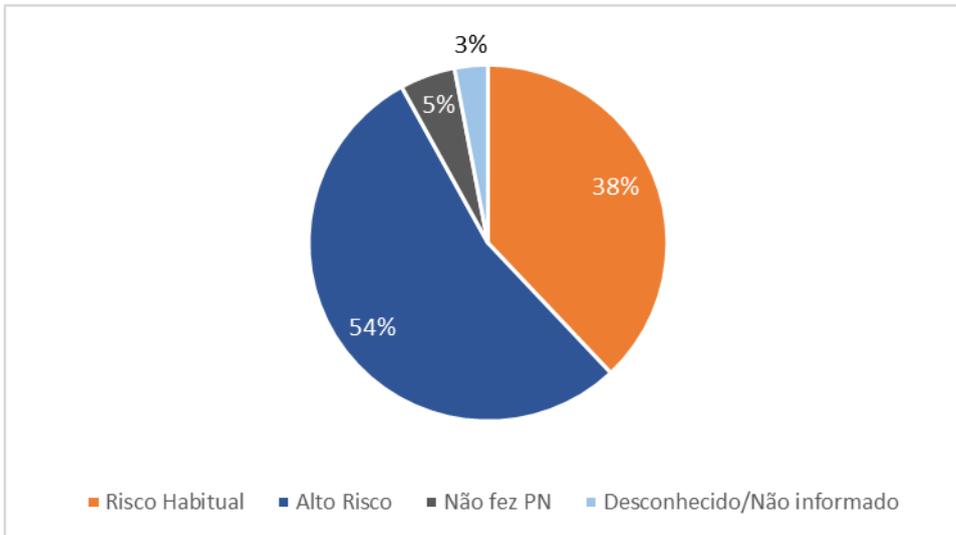


Fonte: CEPMMIF-MG

Os achados demonstram a importância de estratégias para ampliar o acesso precoce ao pré-natal, especialmente entre populações mais vulneráveis, e de investimentos contínuos na formação das equipes de saúde, assegurando que cada contato com o sistema seja uma oportunidade concreta de prevenção de desfechos evitáveis. Tais evidências são fundamentais para o planejamento de ações integradas de cuidado às mulheres em idade fértil, em especial gestantes e puérperas.

No conjunto dos 63 óbitos maternos analisados pela Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG em 2023, chama atenção o dado de que 34 mulheres (54%) tiveram a gestação classificada como de alto risco, enquanto 24 (38%) foram classificadas como gestação de risco habitual. Em três casos (5%) não houve realização de pré-natal, inviabilizando a estratificação, e em dois (3%) a informação não estava disponível, conforme mostra o **gráfico 23**.

GRÁFICO 23 - Estratificação do risco gestacional. Minas Gerais, 2023



Fonte: CEPMMIF-MG

Esses dados indicam que mais da metade das gestantes que evoluíram para óbito já apresentavam, desde o pré-natal, perfil de maior vulnerabilidade clínica ou obstétrica. Isso evidencia a importância da estratificação precoce e correta do risco gestacional, com definição de condutas específicas e encaminhamento para o nível de atenção mais adequado.

Por outro lado, a presença de mortes mesmo entre mulheres classificadas como de risco habitual reforça que a estratificação de risco, embora essencial, não pode ser considerada suficiente isoladamente. É necessário que essa classificação seja realmente utilizada como norteadora do cuidado, promovendo articulação entre os pontos da rede, vigilância ativa e capacidade de resposta efetiva aos sinais de alerta em todos os níveis de complexidade.

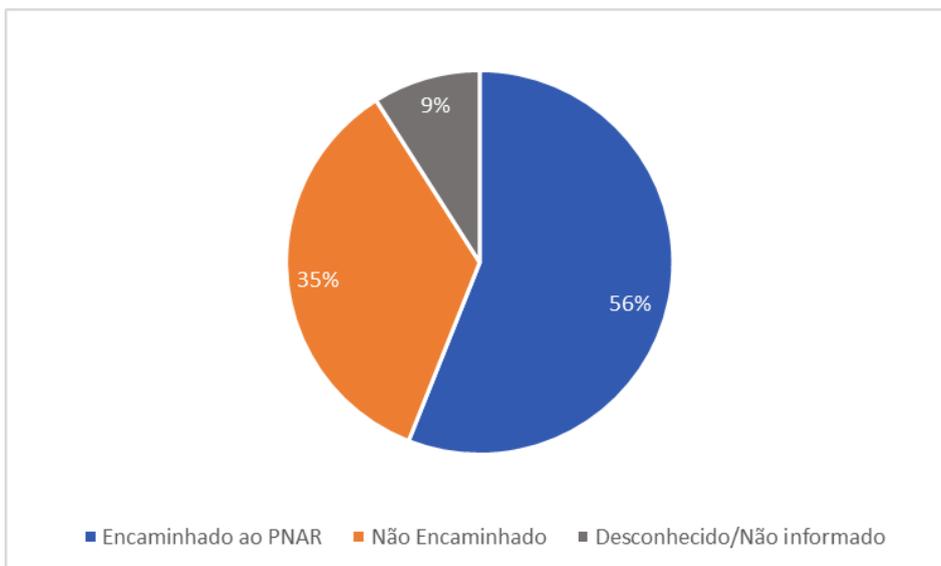
A literatura estima que entre 10% e 15% das gestações sejam classificadas como de alto risco, a depender dos critérios clínicos e contextuais utilizados. Diante disso, a proporção de 54% de gestantes com risco elevado entre os óbitos maternos analisados pela Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG representa um marcador expressivo de vulnerabilidade. Esse achado reforça a importância de estratégias integradas de saúde reprodutiva, que incluam desde o acesso ao planejamento reprodutivo até a estratificação precoce do risco gestacional, especialmente entre mulheres com condições clínicas preexistentes.

A alta frequência de óbitos em gestantes de risco indica, ainda, a importância da identificação precoce e do manejo adequado dessas situações, com encaminhamento

oportuno e garantia de acesso aos serviços especializados. Para que isso ocorra de forma efetiva, é essencial fortalecer a articulação entre os diferentes níveis da RAS, com destaque para a integração entre a Atenção Primária da Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

O **gráfico 24**, que trata do encaminhamento das gestantes ao Pré-Natal de Alto Risco, **mostra um ponto crítico: 35% das mulheres classificadas como de risco não foram encaminhadas a serviços de referência**. Essa lacuna representa uma falha grave na linha de cuidado, revelando fragilidades na triagem, rastreamento e referenciamento precoce, etapas essenciais para a prevenção de desfechos graves.

GRÁFICO 24 - Distribuição de óbitos maternos segundo encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco. Minas Gerais, 2023.



Fonte: CEPMMIF-MG

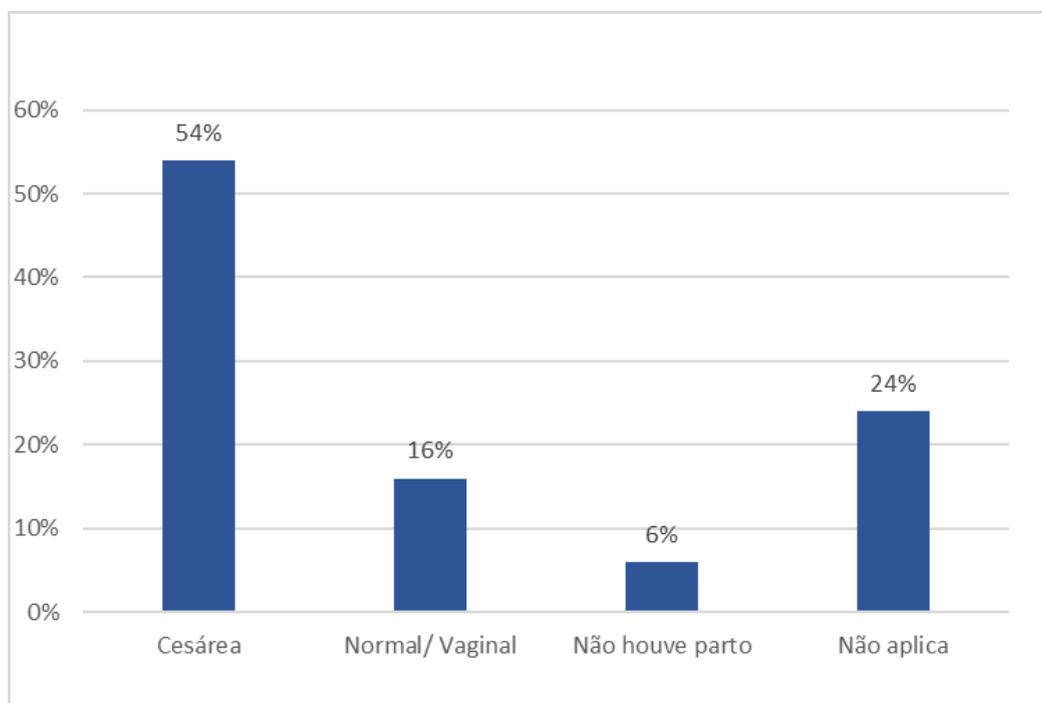
A ausência de encaminhamento em mais de um terço dos casos revela a urgência em fortalecer o papel da APS na detecção precoce do risco gestacional, na adequada estratificação e na efetivação dos fluxos de encaminhamento. Ao mesmo tempo, a AAE precisa estar preparada para acolher essas mulheres com estrutura, capacidade de resposta clínica e acompanhamento contínuo e resolutivo. A ocorrência de óbitos mesmo entre aquelas que foram encaminhadas levanta questionamentos importantes sobre a qualidade da assistência prestada nos serviços de alto risco, sobre a agilidade da resposta do sistema e, sobretudo, sobre a articulação entre os níveis de atenção da RAS. A efetividade da linha de cuidado depende da corresponsabilização entre os pontos da rede:

identificar precocemente, referenciar com clareza e acolher com resolutividade. Garantir que gestantes de alto risco recebam um cuidado oportuno e qualificado é uma medida decisiva para a redução de mortes maternas evitáveis.

Mortalidade materna e parto

O **gráfico 25** apresenta a distribuição dos óbitos maternos segundo o tipo de parto, com base nos 63 casos acompanhados pela Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG. A maioria das mulheres que foram a óbito (54%) havia sido submetida à cesariana, o que acende um alerta para a necessidade de reavaliar as indicações clínicas, o momento da intervenção cirúrgica e a capacidade de resposta das equipes diante das complicações associadas a essa via de nascimento.

GRÁFICO 25 - Distribuição dos óbitos maternos segundo tipo de parto, Minas Gerais, 2023.



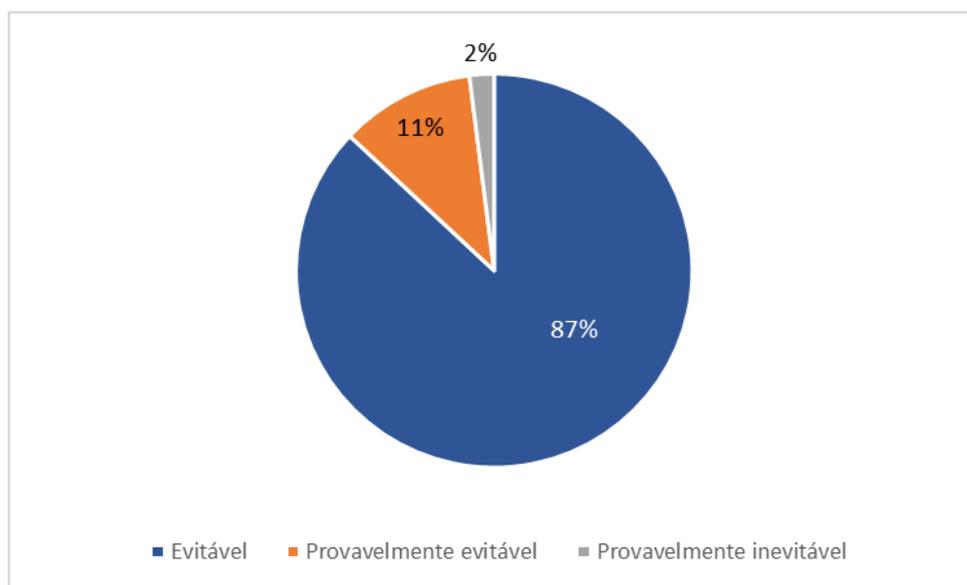
Fonte: CEPMMIF-MG

Embora a cesariana seja um recurso fundamental em diversas situações de risco, sua associação com maiores taxas de complicações — como hemorragias, infecções,

tromboembolismos e intercorrências anestésicas — exige avaliação criteriosa do risco-benefício, especialmente entre gestantes com comorbidades ou gestações de alto risco. A elevada proporção de mortes entre mulheres submetidas a esse tipo de parto pode refletir tanto a gravidade clínica dos quadros quanto limitações no manejo intra ou pós-operatório. Diante disso, é fundamental considerar aspectos como a oportunidade da decisão cirúrgica, a agilidade na resposta assistencial, a estrutura disponível para emergências obstétricas e a qualidade da vigilância nas primeiras horas após o parto.

O **gráfico 26** apresenta a classificação da evitabilidade dos óbitos obstétricos ocorridos em Minas Gerais no ano de 2023, com base nas análises da Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG. A maioria dos óbitos foi considerada evitável, o que evidencia falhas em diferentes pontos da linha de cuidado e **reforça o caráter inaceitável da mortalidade materna em cenários onde há recursos e conhecimento técnico disponíveis.**

GRÁFICO 26 - Classificação da evitabilidade dos óbitos obstétricos – Minas Gerais, 2023.



Fonte: CEPMMIF-MG

A predominância de causas evitáveis aponta para fragilidades no reconhecimento precoce de sinais de gravidade, na condução clínica de complicações comuns, no manejo de situações agudas e na efetivação dos protocolos de urgência. Também evidencia desafios relacionados à integralidade da assistência, à descontinuidade do cuidado entre os diferentes pontos da rede e à baixa resolutividade de alguns serviços, mesmo entre gestantes classificadas como de risco.

A análise da evitabilidade é uma ferramenta essencial para transformar os dados de mortalidade em aprendizado institucional e subsidiar intervenções mais assertivas. A persistência de mortes evitáveis reforça a necessidade de fortalecer as ações de educação permanente, supervisão clínica, qualificação de fluxos assistenciais e responsabilização compartilhada entre os níveis de atenção.

Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e a Razão de Mortalidade Materna (RMM) são indicadores fundamentais da saúde de uma população, refletindo não apenas o desenvolvimento socioeconômico, mas também a qualidade da infraestrutura ambiental e a efetividade dos cuidados de saúde materno-infantis.

A mortalidade infantil é composta por dois grandes grupos: a mortalidade neonatal — dividida em precoce (0 a 6 dias) e tardia (7 a 27 dias), associada principalmente às condições da gestação, do parto e do recém-nascido — e a mortalidade pós-neonatal (28 a 364 dias), fortemente relacionada aos determinantes sociais, como renda, escolaridade e acesso aos serviços de saúde.

A TMI é, portanto, um importante termômetro das condições de vida e saúde da população. Seu cálculo permite estimar o risco de uma criança falecer antes de completar um ano de idade. Altos valores desse indicador revelam contextos de maior vulnerabilidade social, menor desenvolvimento humano e falhas estruturais nos sistemas de proteção e cuidado.

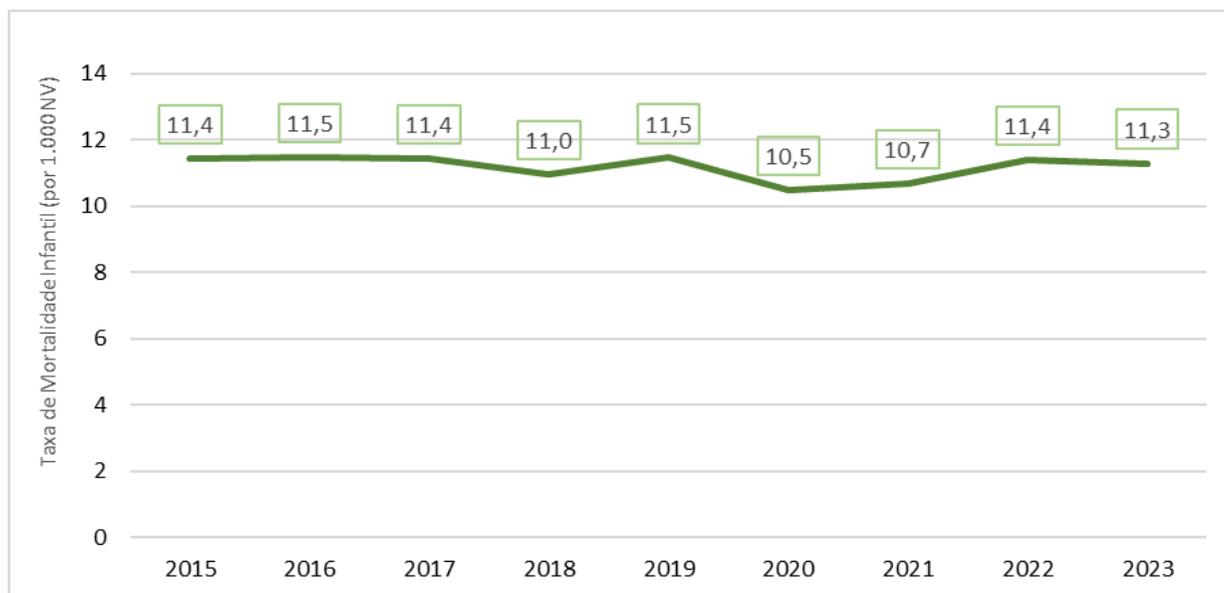
A redução dos óbitos em menores de um ano segue sendo um desafio no estado, especialmente considerando a tendência de estabilidade da TMI ao longo dos últimos anos. Em 2023, foram registrados 2.643 óbitos de crianças com menos de um ano de idade, número levemente inferior ao de 2022 (2.679), conforme mostra a série histórica no **gráfico 27**.

Para alcançar a meta estabelecida no Plano Estratégico da SES-MG 2023-2026, que visa reduzir a TMI para menos de 10 por mil nascidos vivos, estima-se que os óbitos infantis precisariam se manter abaixo de 2.320 ao ano, considerando uma média de 235.000 nascimentos. Isso exigiria evitar, em média, 354 mortes anuais em relação ao patamar atual. Cabe destacar que a queda na taxa de natalidade também influencia o número absoluto de óbitos que precisam ser evitados para atingir a meta.

Diante desse cenário, qualificar as ações e os serviços de atenção à mulher e à criança é imperativo para garantir o direito à vida e à saúde, promovendo nascimentos e trajetórias

infantis mais seguras e saudáveis, com foco na prevenção de agravos e mortes prematuras evitáveis.

GRÁFICO 27 – Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 NV) – Minas Gerais, 2015-2023



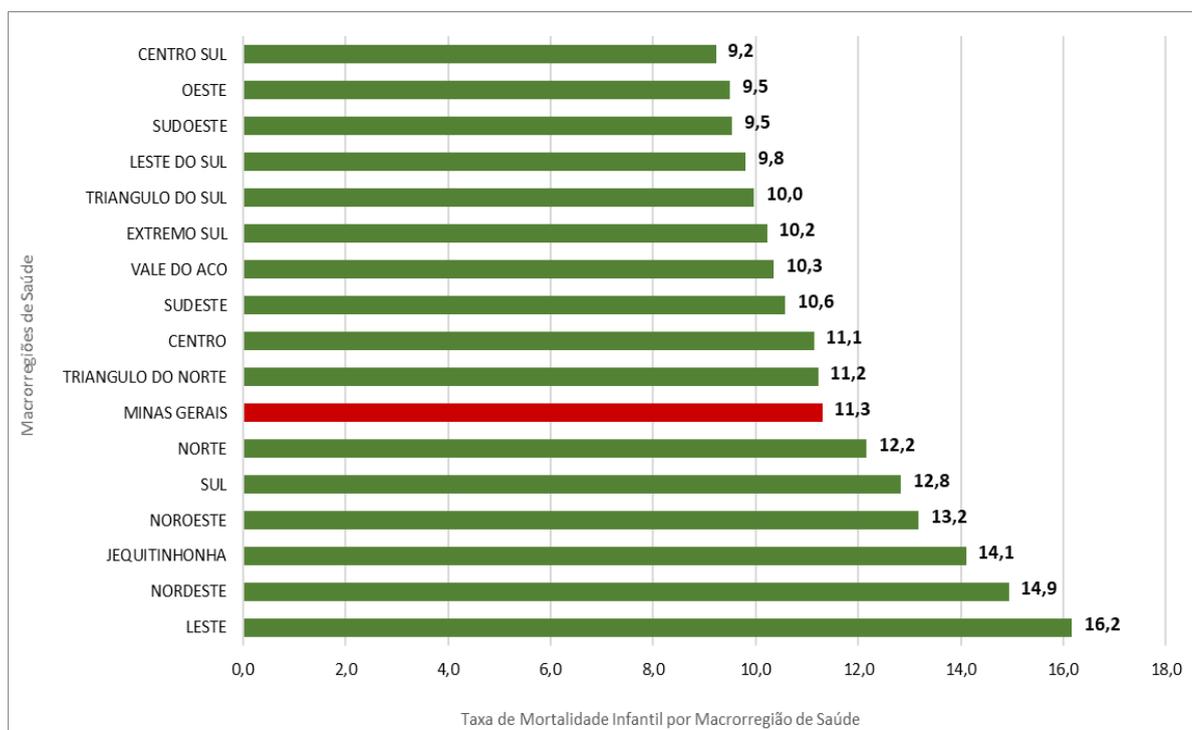
Fonte: SINASC e SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 17 e 5 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Os **gráficos 28 e 29** apresentam a TMI por macrorregião de saúde e por Unidades Regionais (URs) no ano de 2023. Assim como observado na RMM, a análise territorial revela uma disparidade significativa no risco de óbito infantil entre os diferentes territórios de Minas Gerais.

Destacam-se positivamente as macrorregiões Leste do Sul, Sudoeste, Oeste e Centro Sul, todas com TMI inferior a 10 por mil nascidos vivos, um patamar alinhado à meta estadual. Em contrapartida, as macrorregiões Leste, Nordeste e Jequitinhonha continuam apresentando taxas preocupantes, com 16,2; 14,9 e 14,1 por mil nascidos vivos, respectivamente, valores próximos aos registrados em 2022.

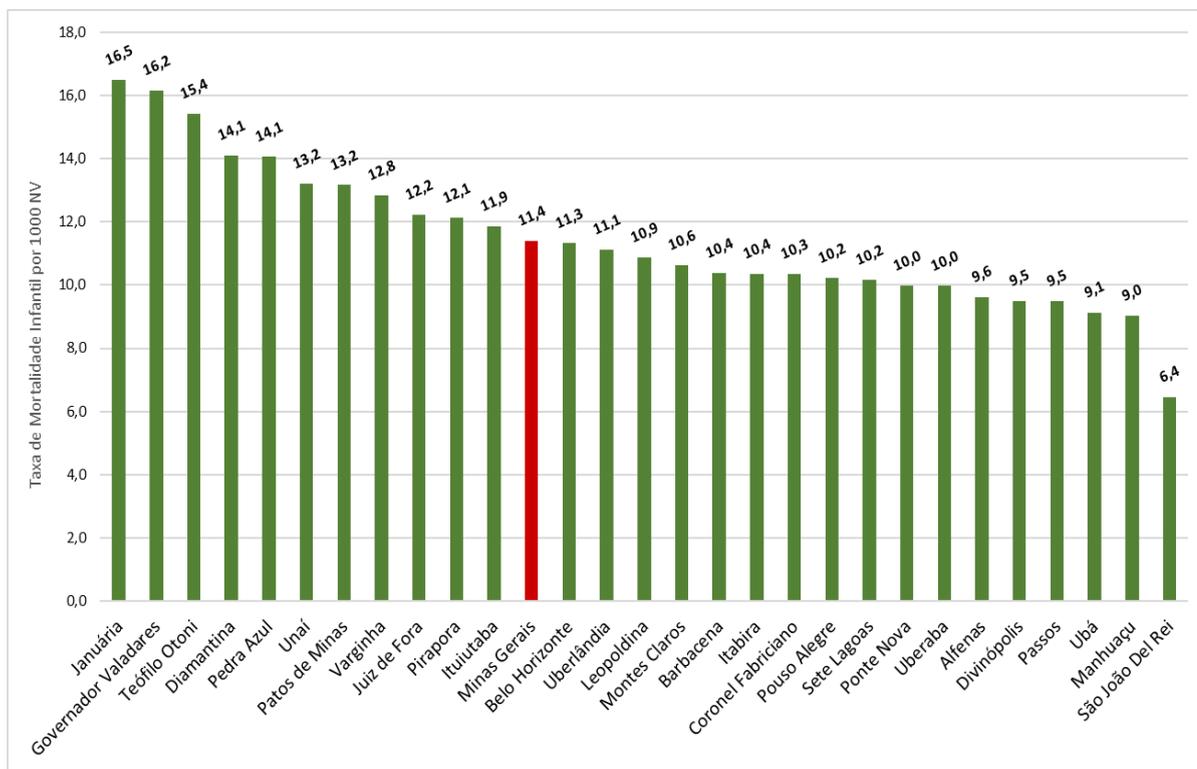
Cabe salientar que essas regiões concentram importantes populações indígenas, historicamente afetadas por iniquidades no acesso aos serviços de saúde, e que registram taxas de mortalidade infantil significativamente superior à média estadual. Essa vulnerabilidade reforça a urgência de estratégias específicas, intersetoriais e culturalmente adequadas, voltadas à equidade na atenção materno-infantil.

GRÁFICO 28 – Taxa de Mortalidade Infantil por Macrorregião – Minas Gerais, 2023



Fonte: SINASC e SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 05 e 17 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

GRÁFICO 29 – Taxa de Mortalidade Infantil por Unidade Regional de Saúde – Minas Gerais, 2023.

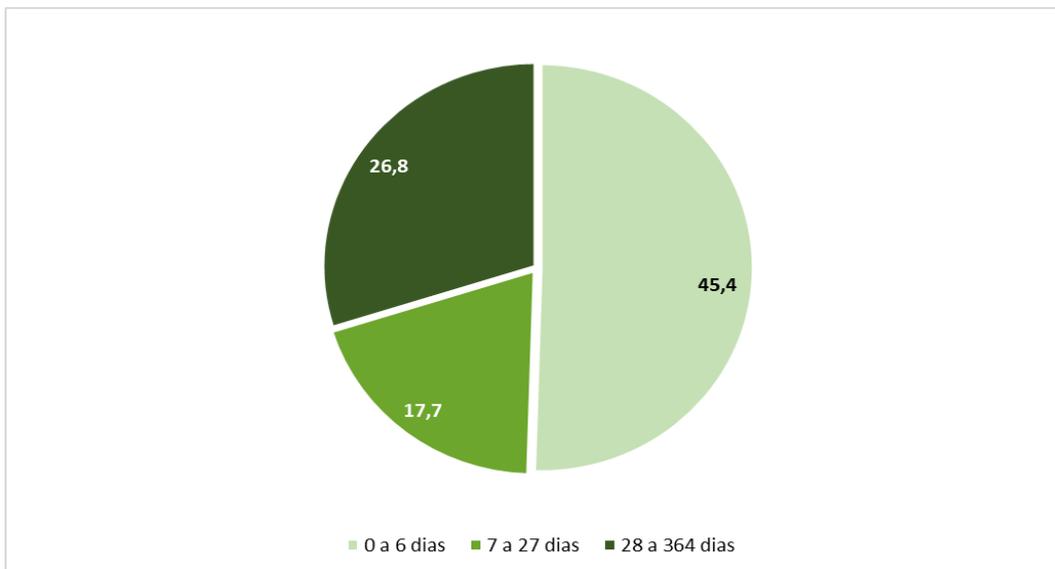


Fonte: SINASC e SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 17 e 5 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Mortalidade infantil por componentes

A análise da mortalidade infantil por componentes (**gráfico 30**) revela um padrão consistente com anos anteriores: 63,1% dos óbitos ocorrem no período neonatal (até 28 dias de vida), sendo que mais da metade desses acontecem ainda nos primeiros seis dias (neonatal precoce). Já o período pós-neonatal (28 a 364 dias) corresponde a 26,8% das mortes. Esse perfil reforça a centralidade das ações voltadas ao planejamento reprodutivo, atenção pré-natal, parto e assistência ao recém-nascido como eixos prioritários para a prevenção de óbitos evitáveis.

GRÁFICO 30 –Proporção de Mortalidade Infantil segundo componentes – Minas Gerais, 2023



Fonte: SINASC e SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 17 e 5 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões

Mortalidade infantil e raça/cor

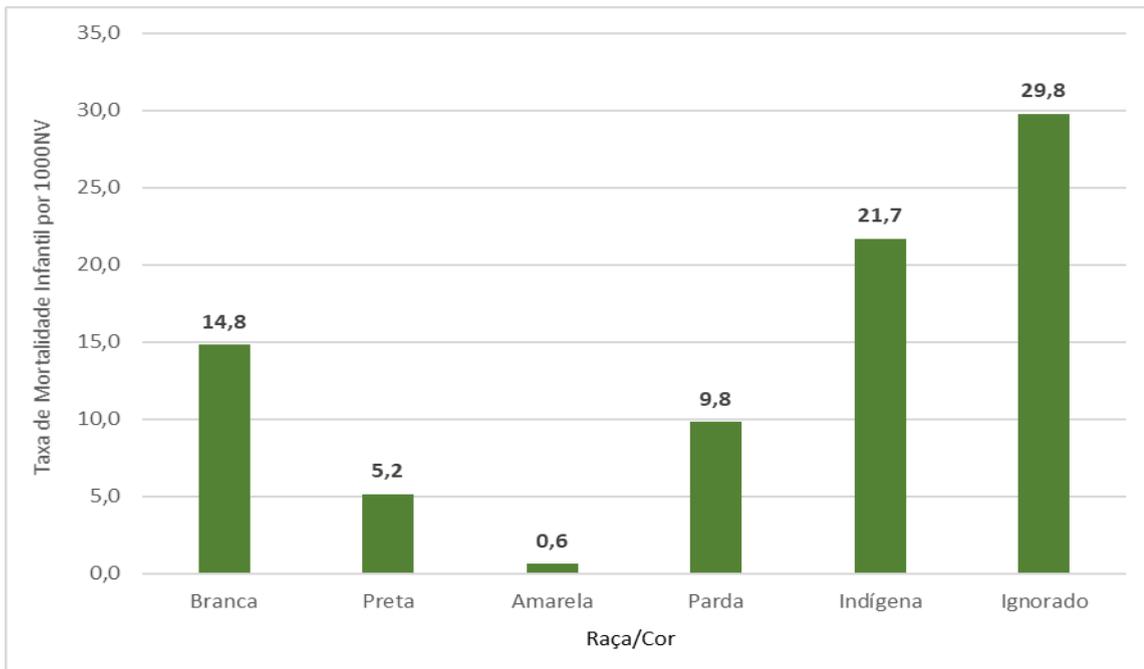
A análise por raça/cor (**gráfico 31**) evidencia profundas desigualdades: a TMI entre crianças indígenas é aproximadamente duas vezes maior que a taxa geral em Minas Gerais. Essa diferença expressiva decorre de um cenário de vulnerabilidade social e histórica, marcado por transformações que impactam diretamente o acesso aos direitos básicos.

As crianças indígenas estão mais expostas a riscos devido a fatores como moradias precárias, saneamento inadequado, barreiras linguísticas e culturais, além do limitado acesso à informação e aos serviços de saúde. Esses elementos intensificam o processo de adoecimento e contribuem para os elevados índices de mortalidade nesse grupo.

Ressalta-se, ainda, a alta proporção de registros com raça/cor ignorada, que supera todas as demais categorias. Essa falha de preenchimento compromete a sensibilidade dos dados e dificulta a elaboração de estratégias específicas para grupos vulneráveis.

Diante desse cenário, é urgente o desenvolvimento de ações culturalmente adequadas e territorialmente sensíveis, com foco na equidade e no fortalecimento da rede de atenção materno-infantil para populações indígenas. Apenas com abordagens integradas será possível alcançar uma redução efetiva da mortalidade infantil para essa população.

GRÁFICO 31 – Taxa de Mortalidade Infantil, por Raça/Cor – Minas Gerais, 2023



Fonte: SINASC e SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 17 e 5 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

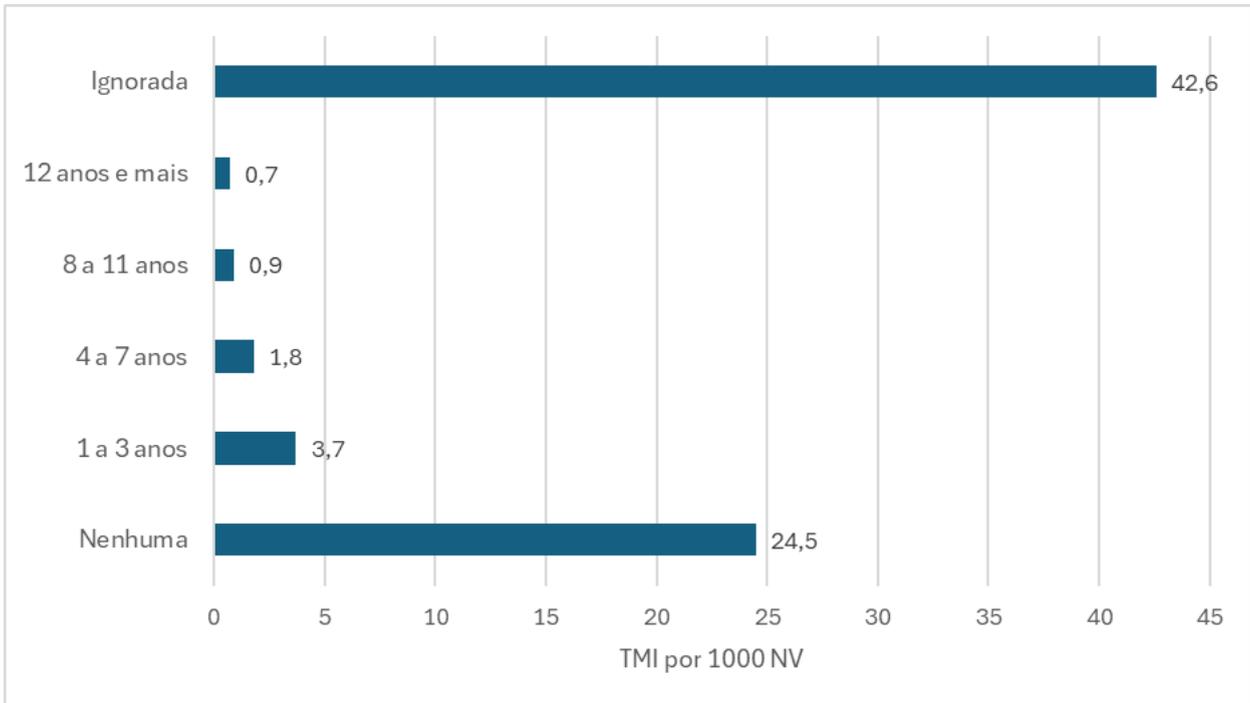
Mortalidade infantil, escolaridade e idade maternas

Os **gráficos 32 e 33** demonstram a influência da escolaridade e da idade materna sobre a taxa de mortalidade infantil (TMI) em Minas Gerais no ano de 2023.

Observa-se uma relação inversa entre nível de escolaridade da mãe e risco de óbito infantil: quanto menor a escolaridade, maior a TMI. Destaca-se, em especial, a elevada taxa entre mães sem nenhuma escolaridade formal, frequentemente associada a condições socioeconômicas precárias, como moradia inadequada, insegurança alimentar e dificuldade de acesso à informação e aos serviços de saúde. Esses fatores aumentam significativamente o risco de complicações e óbitos evitáveis no primeiro ano de vida.

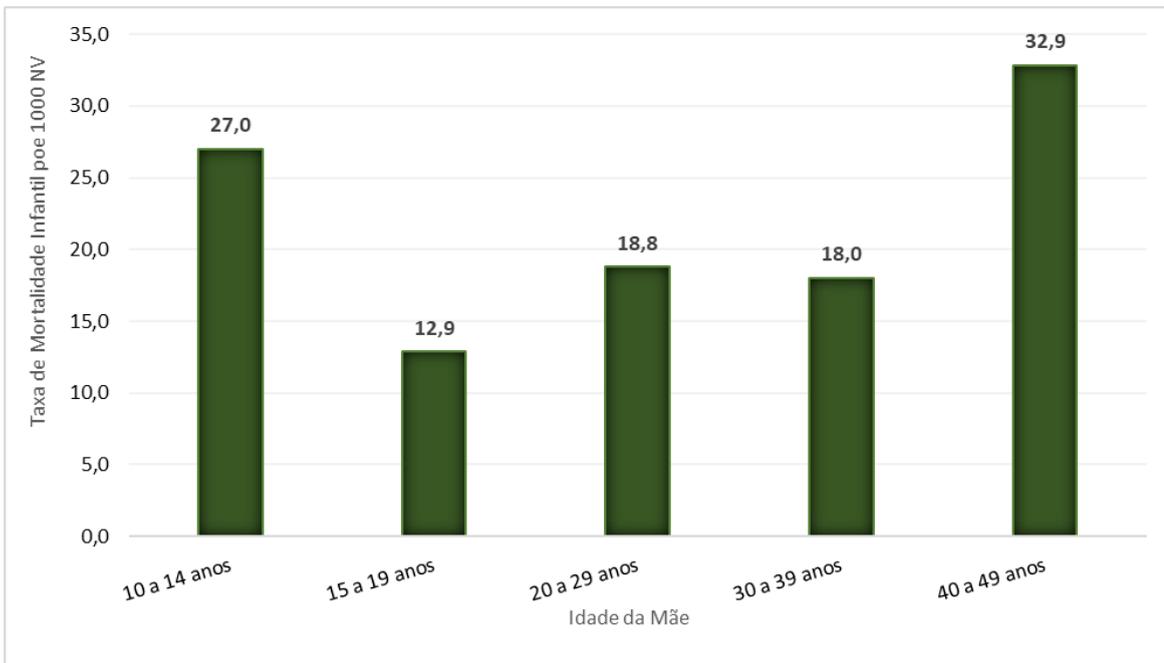
Além da escolaridade, os extremos de idade materna (muito jovens ou mais velhas) também se associam a maior risco de mortalidade infantil, especialmente pela maior ocorrência de complicações gestacionais nessas faixas etárias. Esses dados reforçam a importância de políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva, educação em saúde e planejamento reprodutivo, com foco em grupos mais vulneráveis.

GRÁFICO 32 – Taxa de Mortalidade Infantil, por escolaridade da mãe – Minas Gerais, 2023



Fonte: SINASC e SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 17 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

GRÁFICO 33 – Taxa de Mortalidade Infantil segundo idade da mãe. Minas Gerais, 2023



Fonte: SINASC e SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 17 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Mortalidade infantil e evitabilidade

A análise da evitabilidade dos óbitos infantis, conforme classificação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), considera a causa básica do óbito e sua possível prevenção por meio de intervenções ofertadas no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo os dados de 2023, 64% dos óbitos infantis foram considerados evitáveis, 31% não claramente evitáveis e 5% ocorreram por causas mal definidas (**tabela 2**).

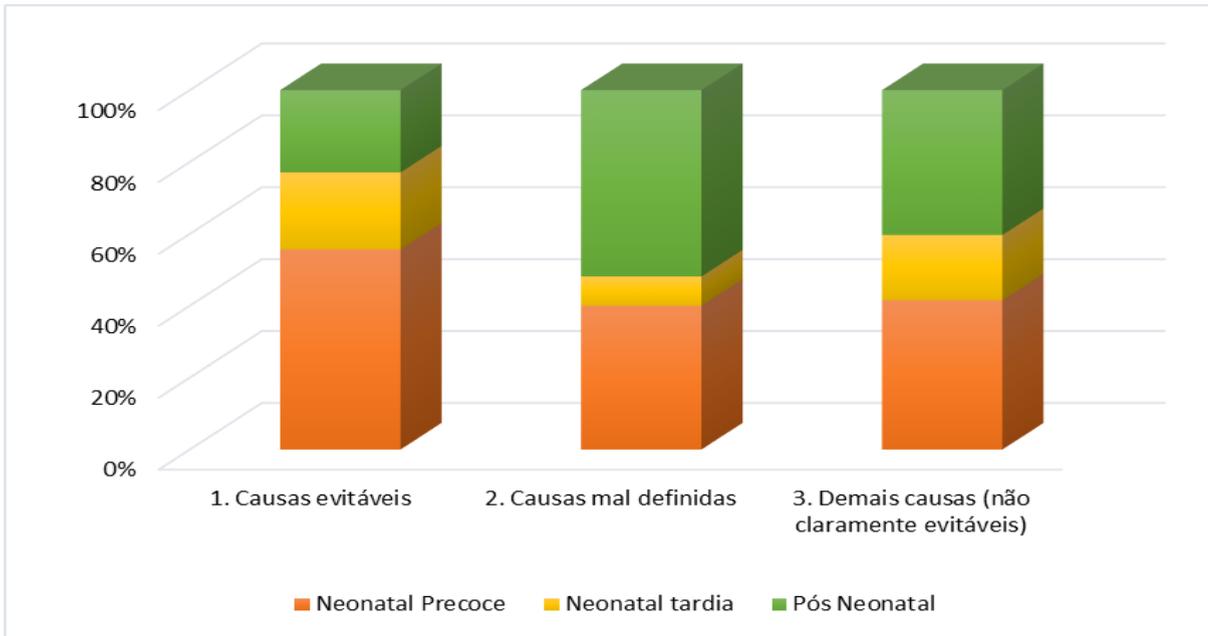
Entre os óbitos evitáveis, destaca-se a predominância do componente neonatal precoce, o que evidencia a necessidade de qualificar a assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Dados do **gráfico 34** mostram que aproximadamente 70% desses óbitos poderiam ser prevenidos com um pré-natal adequado, e 80% com atenção adequada ao parto.

TABELA 2 –Mortalidade Infantil segundo evitabilidade do óbito – Minas Gerais, 2023

Mortalidade por causas evitáveis, não evitáveis e mal definidas	%
1- Causas evitáveis	64
2- Demais causas (não claramente evitáveis)	31
3- Causas mal definidas	5
Total	100

Fonte: SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 05 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

GRÁFICO 34 – Classificação da evitabilidade do óbito infantil, segundo componentes – Minas Gerais, 2023

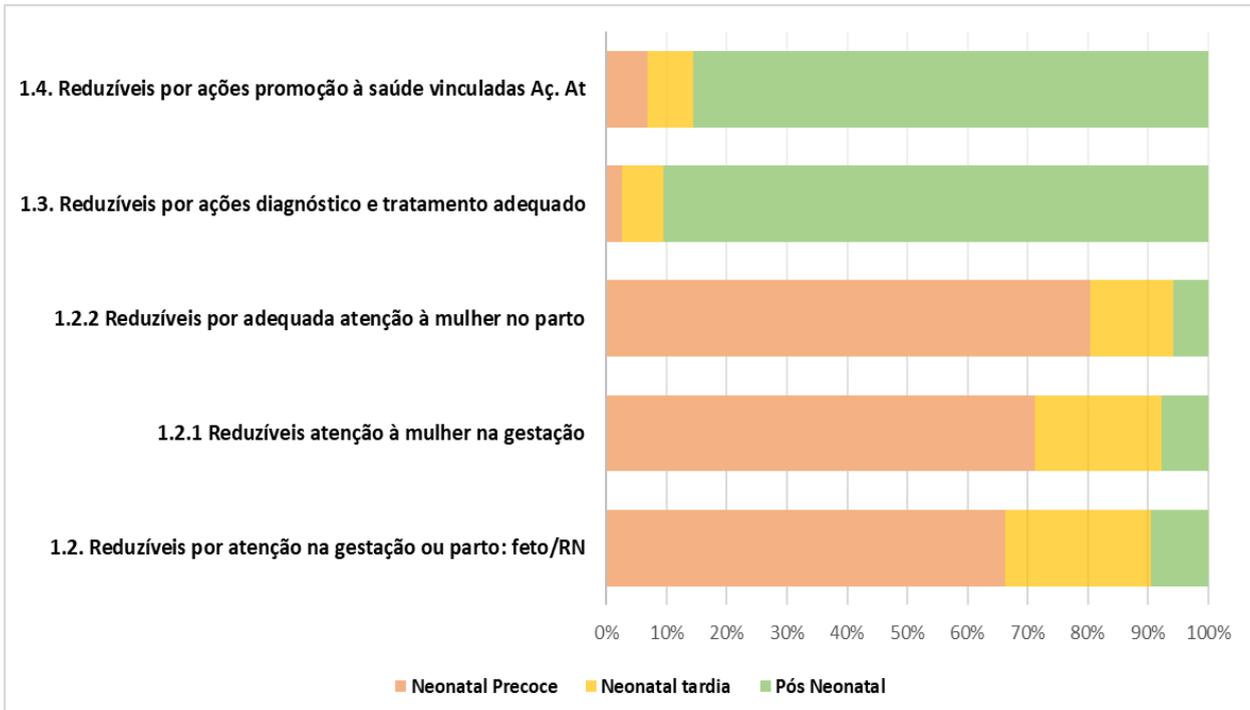


Fonte: SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados atualizados em 05 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

O **gráfico 35** aprofunda essa análise, distribuindo os óbitos evitáveis segundo o componente da mortalidade infantil e os tipos de ações necessárias para sua prevenção. Fica evidente o papel estratégico das ações voltadas à atenção à mulher durante a gestação e o parto, bem como da atenção ao recém-nascido no enfrentamento dos óbitos neonatais. No caso dos óbitos pós-neonatais, ganham relevância as ações de diagnóstico precoce, tratamento oportuno e promoção à saúde.

Em todos esses níveis, a APS ocupa posição central como porta de entrada e coordenadora do cuidado, sendo fundamental para a redução sustentável da mortalidade infantil, tanto neonatal quanto pós-neonatal.

GRÁFICO 35 – Distribuição dos óbitos infantis evitáveis, por componentes da Mortalidade Infantil – Minas Gerais, 2023



Fonte: SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados em 05 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Mortalidade infantil e grupos de causas

O **quadro 2** apresenta a distribuição dos principais grupos de causas de óbitos infantis em 2023, segundo os componentes da mortalidade infantil.

No período neonatal precoce (0 a 6 dias), as afecções originadas no período perinatal são responsáveis por 75,4% dos óbitos, com destaque para os casos em que o feto ou recém-nascido foi afetado por fatores maternos (24,6%). Em seguida, aparecem outras afecções perinatais e o desconforto respiratório do recém-nascido. As malformações congênitas constituem a segunda maior causa (22,4%), sendo as mais frequentes as do coração.

No período neonatal tardio (7 a 27 dias), esse padrão se mantém: 68,7% dos óbitos se devem a afecções perinatais, entre as quais sobressaem a septicemia bacteriana do recém-nascido e os fatores maternos. As malformações congênitas representam 24,8%, com ênfase para as cardiopatias congênitas.

No período pós-neonatal (28 a 364 dias), observa-se uma inversão: as malformações congênitas lideram com 28,5% dos óbitos, das quais metade são malformações cardíacas. As afecções perinatais ocupam o segundo lugar (17,9%), seguidas por

septicemias e outras condições respiratórias.

A análise revela uma forte relação entre as causas predominantes e a condição de saúde materna, especialmente no que se refere à qualidade do pré-natal e às condições gestacionais. Isso evidencia a urgência de ações preventivas e de promoção da saúde da mulher desde o período pré-concepcional, fortalecendo a rede de atenção para garantir um início de vida saudável e seguro.

A análise revela uma forte relação entre as causas predominantes e a condição de saúde materna, especialmente no que se refere à qualidade do pré-natal e às condições gestacionais. Isso evidencia a urgência de ações preventivas e de promoção da saúde da mulher desde o período pré-concepcional, fortalecendo a rede de atenção para garantir um início de vida saudável e seguro.

Diante da complexidade dos agravos fetais identificados no pré-natal, da necessidade de consolidar a linha de cuidado das gestações de alto risco e do impacto ainda expressivo da mortalidade infantil associada às malformações congênitas — especialmente no período neonatal precoce — destaca-se a recente instituição da Rede de Atenção Especializada em Medicina Fetal no SUS-MG. A medida representa um avanço importante na qualificação da atenção materno-infantil e na prevenção de óbitos evitáveis por causas congênitas em Minas Gerais.

Com isso, busca-se garantir acesso oportuno ao diagnóstico avançado, aconselhamento e intervenções especializadas, contribuindo diretamente para a redução dos óbitos evitáveis e para a qualificação da atenção materno-fetal em Minas Gerais.

QUADRO 2 - Distribuição dos principais grupos de causas de óbitos infantis, segundo componente. Minas Gerais, 2023

COMPONENTE E PRINCIPAIS CAUSAS LISTA CID-10	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Neonatal precoce (0 a 6 dias)	1333	
Algumas afecções originadas no período perinatal	1005	75,4
. Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos	328	24,6
. Restante das afecções perinatais	151	11,3
. Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido	134	10,1
. Demais causas	392	29,4
Malformações congênitas, deformidades e anomalias	299	22,4
. Outras malformações congênitas	162	12,2
. Malformações congênitas do coração	53	4,0
. Demais causas	84	6,3
Neonatal tardio (7 - 27 dias)	520	
Algumas afecções originadas no período perinatal	357	68,7
. Restante das afecções perinatais	101	19,4
. Septicemia bacteriana do recém-nascido	89	17,1
. Feto e recém-nascido afetados por fatores materno	82	15,8
. Demais causas	85	16,3

Malformações congênitas, deformidades e anomalias	129	24,8
. Malformações congênitas do coração	63	12,1
. Outras malformações congênitas	31	6,0
. Outras malformações congênitas do aparelho circulatório	13	2,5
. Demais causas	22	4,2
Pós-neonatal (28 - 364 dias)	787	
Malformações congênitas, deformidades e anomalias	224	28,5
. Malformações congênitas do coração	112	14,2
. Síndrome de Down e outras anomalias cromossômica	44	5,6
. Outras malformações congênitas	36	4,6
. Demais causas	32	4,1
Algumas afecções originadas no período perinatal	141	17,9
. Restante das afecções perinatais	52	6,6
. Feto e recém-nascido afetados por fatores materno	26	3,3
. Septicemia bacteriana do recém-nascido	23	2,9
. Outras afecções respiratórias do recém-nascido	23	2,9
. Demais causas	17	2,2

Fonte: SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados de 2022 a 2025 atualizados em 2 de abril de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Mortalidade Fetal

A seguir, são apresentados os dados demográficos mais relevantes relacionados aos óbitos fetais ocorridos em Minas Gerais no ano de 2023. A **tabela 3** evidencia o número absoluto de óbitos fetais registrados entre 2015 e 2023, permitindo a análise de tendências e variações ao longo dos anos.

TABELA 3- Número de óbitos fetais - Minas Gerais, 2015-2023

Ano do óbito	Número de Óbitos fetais
2015	3.020
2016	2.757
2017	2.773
2018	2.702
2019	2.612
2020	2.544
2021	2.560
2022	2.434
2023	2.343

Fonte: SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados de 2024 e 2025 atualizados em 05 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Já a **tabela 4**, que categoriza os óbitos fetais segundo os grupos da CID-10, revela um dado crítico: o grupo mais prevalente é aquele associado à ausência de definição etiológica, ou seja, casos cuja causa permanece desconhecida. Essa lacuna compromete a implementação de medidas específicas de prevenção, refletindo limitações tanto na qualidade da investigação dos óbitos quanto na documentação clínica (circunstâncias em que esses óbitos ocorrem) ao longo da gestação.

Essa predominância de óbitos fetais sem causa definida evidencia a importância de qualificar a documentação clínica e os processos de investigação, garantindo maior consistência na análise dos casos e contribuindo para a adoção de estratégias preventivas mais eficazes.

TABELA 4 – Morte Fetal por grupo dos óbitos, por categoria da CID-10, Minas Gerais, 2023

Categoria CID-10	Frequência
P95 Morte fetal de causa Não Especificada	582
P02 Feto e RN afetados por complicações placentarias cordão umbilical e das membranas	404
P00 Feto e RN afetados por afecções maternas não obrigatoriamente relacionadas a gravidez atual	376
P20 Hipoxia intra-uterina	275
P01 Feto e RN afetados por complicações maternas na gravidez	203
Q89 Outras malformacoes congenitas NCOP	96

Fonte: SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados de 2024 e 2025 atualizados em 05 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões.

A **tabela 5** reforça esse panorama, ao mostrar a frequência dos óbitos fetais segundo a duração gestacional. Observa-se concentração significativa dos óbitos entre 22 e 27 semanas e entre 32 e 36 semanas de gestação, que, juntos, representam 43,0% do total de casos. A ocorrência de óbitos nessa faixa indica a necessidade de atenção redobrada ao segmento das gestações com maior risco de complicações precoces ou intermediárias, muitas vezes associadas à assistência pré-natal inadequada, patologias maternas não controladas ou falhas no diagnóstico fetal.

TABELA 5 – Número de óbitos fetais, segundo a duração da gestação. Minas Gerais, 2023

Duração da gestação	Óbitos fetais	%
Menos de 22 semanas	400	17%
22 a 27 semanas	476	20%
28 a 31 semanas	361	16%
32 a 36 semanas	541	23%
37 a 41 semanas	397	17%
42 ou mais semanas	2	0%
Ignorado ou não informado	166	7%
Total	2.343	100,0

Fonte: SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados de 2023 atualizados em 05 de fevereiro de 2025, portanto sujeitos a alterações/revisões

Diante desse cenário, torna-se imprescindível reconhecer o papel estruturante da APS na prevenção dos óbitos fetais. O cuidado fetal e infantil começa com o planejamento reprodutivo, passando pelo pré-natal qualificado, assistência ao parto e ao puerpério, bem como pelas ações de seguimento do recém-nascido e da criança, incluindo monitoramento do crescimento e desenvolvimento, promoção do aleitamento materno e encaminhamentos seguros e oportunos em casos de intercorrência. A APS, articulada aos demais níveis de atenção e integrada à rede de medicina fetal, tem papel central para garantir continuidade do cuidado, vigilância oportuna e redução dos desfechos adversos relacionados à gestação.

Conclusão

A mortalidade materna, infantil e fetal em Minas Gerais, em grande parte evitável, representa um desafio ético, técnico e político que exige ação contundente, coordenada e ininterrupta. Apesar dos avanços conquistados, os dados de 2023 confirmam que a morte de mulheres, crianças e fetos em circunstâncias preveníveis ainda é uma realidade que exige resposta firme de toda a RAS, dos serviços de vigilância, dos comitês e do controle social.

O CEPMMIF-MG reafirma que não se trata apenas de números ou metas: trata-se de garantir cuidado oportuno, seguro e digno para cada mulher, criança e família. Reduzir essas mortes demanda compromisso com a implementação efetiva das políticas pactuadas, investimento contínuo na qualificação dos serviços e responsabilização compartilhada entre todos os pontos da rede, da atenção primária à atenção especializada, hospitalar e urgência. A vigilância qualificada e ativa, a escuta sensível, o planejamento reprodutivo acessível e a garantia de cuidado seguro no pré-natal, parto e puerpério são pilares inegociáveis.

A superação das desigualdades regionais, raciais e sociais exige estratégias territorializadas, com decisões baseadas em evidências e participação efetiva dos comitês e da sociedade civil. Cada caso evitável é um alerta de que ainda há falhas na resposta assistencial, logística e, sobretudo, que é possível e necessário fazer diferente.

Avançar na redução da mortalidade materna, infantil e fetal não é apenas uma meta técnica — é uma escolha política pela vida, pela equidade e pela justiça social. O CEPMMIF-MG segue comprometido com esse pacto.



Página CEPMMIF-MG