RELATÓRIO ANUAL 2024



COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL

SUS SAÚDE GOVERNO DE MINAS
AQUI O TREM PROSPERA.

Este relatório apresenta os principais dados sobre óbitos maternos, infantis e fetais ocorridos em Minas Gerais no ano de 2024. Destina-se a subsidiar o planejamento das ações de cuidado à saúde das mulheres em idade fértil, especialmente gestantes e puérperas, e das crianças no primeiro ano de vida, integrando as atividades de divulgação do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais.

O conteúdo foi apresentado e aprovado na reunião ordinária do CEPMMIF-MG em 11/06/206 e publicado em:17/06/2026.

Equipe Editorial

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

Linda Louise Castelo Branco Lima - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, Referência técnica - Coordenação de Ciclos de Vida– SES/MG

Lívia Maria Gomes Lopes – Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, Referência Técnica – Coordenação 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

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

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

Linda Louise Castelo Branco Lima - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, Referência técnica - Coordenação de Ciclos de Vida– SES/MG

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

Lívia Maria Gomes Lopes – Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, Referência Técnica – Coordenação de Vigilância de Óbitos – SES/MG

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

Colaboração

Diretorias da SES-MG

Diretoria de Promoção da Atenção Primária à Saúde

Diretoria de Promoção da Saúde e Políticas de Equidade

Diretoria de Gestão da Integralidade do Cuidado

Diretoria de Políticas e Estruturação da Atenção Especializada

Diretoria de Estruturação Hospitalar e de Urgência e Emergência

Diretoria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

Diretoria de Regulação do Acesso de Urgência e Emergência

Referências técnicas das Macrorregiões de Saúde

Gercielma de Oliveira Lima

Flávia Lilian Rocha Ferreira

Fausta Grazielle Ferreira

Simone Emerich Mendes

Amanda Aparecida Silva Cruz

Cristiane Primo Bernardes

Tatiana de Matos Corrêa Canêdo

Luciana Silveira Ferreira

Patrícia Lima Magalhães

Ludmila Gonçalves Barbosa

Taiz Reliquias dos Santos

Lista de Gráficos, Quadros, Mapas e Tabelas

GRÁFICO 1 - Frequência de Funcionamento dos Comitês Regionais. Minas Gerais, 2025.

GRÁFICO 2 - Percentual de investigação de óbitos Mulheres em Idade Fértil (MIF) (com ficha-síntese da investigação digitada) por ano. Minas Gerais, 2016-2024.

GRÁFICO 3 - Percentual de Investigação dos Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (com ficha-síntese da investigação digitada), segundo Unidade Regional de Saúde. Minas Gerais, 2023-2024.

GRÁFICO 4 - Percentual de Investigação dos Óbitos Infantis (com ficha-síntese da investigação digitada) por ano. Minas Gerais, 2016-2024.

GRÁFICO 5 - Percentual de investigação de óbitos infantis (com ficha-síntese da investigação digitada) por Unidade Regional de Saúde. Minas Gerais, 2023-2024.

GRÁFICO 6 – Percentual de investigação de óbitos fetais (com ficha-síntese da investigação digitada) por ano. Minas Gerais, 2016-2024.

GRÁFICO 7 - Percentual de investigação de óbitos fetais (com ficha-síntese da investigação digitada) por Unidade Regional de Saúde - Minas Gerais, 2023-2024.

GRÁFICO 8 - Distribuição proporcional por Capítulo CID-10 de óbitos totais, MIF e crianças até um ano de idade. Minas Gerais, 2024

GRÁFICO 9 - Número de nascidos vivos notificados ao Sinasc. Minas Gerais, 2015-2024.

GRÁFICO 10 - Razão da Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos), segundo ano do óbito. Minas Gerais, 2015 a 2024.

GRÁFICO 11 – Razão da Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos), por triênios. Minas Gerais, 2016 a 2024.

GRÁFICO 12 - Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos), segundo faixa etária. Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 13 - Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) segundo raça cor, Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 14 – Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) segundo escolaridade da mulher - Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 15 – Proporção de consultas pré-natal. Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 16 - Distribuição dos óbitos maternos segundo Idade Gestacional na primeira consulta de pré-natal (%). Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 17- Distribuição dos óbitos maternos segundo estratificação do risco gestacional. Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 18 - Proporção de óbitos maternos segundo encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco. Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 19 - Distribuição dos óbitos maternos segundo momento do óbito. Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 20 - Proporção dos óbitos maternos por tempo de puerpério. Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 21 - Frequência dos óbitos maternos segundo tipo de parto. Minas

Gerais, 2024.

GRÁFICO 22 - Principais causas de morte materna. Minas Gerais, 2016 a 2024.

GRÁFICO 23 - Classificação da evitabilidade dos óbitos obstétricos – Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 24 – Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 NV) – Minas Gerais, 2015-2024.

GRÁFICO 25 – Proporção dos óbitos infantis segundo componentes. Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 26 – Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos) segundo Raça/Cor. Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 27 – Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos) segundo escolaridade da mãe. Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 28 – Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos) segundo idade da mãe. Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 29 – Mortalidade Infantil segundo evitabilidade do óbito – Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 30 – Classificação da evitabilidade do óbito infantil, segundo componentes – Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 31 – Distribuição dos óbitos infantis evitáveis, por componentes da Mortalidade Infantil – Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 32 - Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) por macrorregião de saúde. Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 33 - Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) por Unidade Regional de Saúde. Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 34 – Comparativo da Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil NV) segundo raça/cor. Minas Gerais, 2023-2024.

GRÁFICO 35 – Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) por Macrorregião – Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 36 – Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) por Unidade Regional de Saúde – Minas Gerais, 2024.

GRÁFICO 37 - Comparativo da Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) entre Minas Gerais e População Indígena (2023–2024).

MAPA 1 - Mapa do Funcionamento dos Comitês Regionais. Minas Gerais, 2025.

MAPA 2 - Distribuição territorial dos grupos de causas de morte materna por macrorregião de saúde - MG, 2024.

QUADRO 1 - Padrões recorrentes identificados na análise dos casos de óbito materno e recomendações prioritárias em relação à linha de cuidado. Minas Gerais, 2024.

QUADRO 2 - Correlação entre os grupos de causas de morte materna, os aspectos assistenciais relacionados e os 10 passos para redução da morbimortalidade materna. Minas Gerais, 2022–2024.

QUADRO 3 – Dez Passos do cuidado obstétrico para redução da morbimortalidade materna.

QUADRO 4 – Síntese das contribuições das macrorregionais de saúde sobre organização da rede, desafios territoriais e ações desenvolvidas na atenção materno-infantil. Minas Gerais, 2025.

QUADRO 5 - Síntese dos principais resultados de 2024, convergência com os eixos do PEMMI-MG e encaminhamentos prioritários.

TABELA 1 - Óbitos maternos recebidos, discutidos e qualificados pela Secretaria Executiva do CEPMMIF. Minas Gerais, 2024.

TABELA 2 - Frequência de cesariana por categoria de indicação. Minas Gerais, 2024.

TABELA 3 - Óbitos maternos segundo tipo de causa no Sistema de Informação sobre Mortalidade. Minas Gerais, 2024

TABELA 4 - Número de óbitos maternos por grupo de causas (classificação CID-Mortalidade Materna - CID-MM) no triênio. Minas Gerais, 2022-2024.

TABELA 5 - Distribuição dos principais grupos de causas de óbitos infantis, segundo componente. Minas Gerais, 2024

TABELA 6 - Número de óbitos fetais - Minas Gerais, 2015-2024.

TABELA 7 - Frequência de óbitos fetais, segundo a duração da gestação. Minas Gerais, 2024.

TABELA 8 - Frequência de óbitos fetais por categoria da CID-10, Minas Gerais, 2024.

Sumário

1. Introdução 7
2. CEPMMIF-MG e Atuação Institucional em 2025 8
3. Organização e Funcionamento dos Comitês em Minas Gerais em 2025 10
4. Panorama Epidemiológico da Mortalidade em Minas Gerais em 2024 13
5. Mortalidade Materna - 2024 22
6. Mortalidade Infantil - 2024 41
7. Mortalidade Fetal - 2024 49
8. Análise dos Casos pela Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG 52
9. Análise Territorial: Organização da Rede e Capilaridade das Ações 58
10. Corresponsabilização Institucional e Integração da Rede 66
11. Conclusão 70
12. Referências Bibliográficas 72
13. Anexos 74

1. Introdução

Este relatório apresenta os principais dados referentes aos óbitos maternos, infantis e fetais ocorridos no ano de 2024 em Minas Gerais. O documento integra a análise quantitativa dos sistemas oficiais de informação com a consolidação qualitativa dos casos avaliados individualmente pela Secretaria Executiva do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CEPMMIF-MG).

Para além da descrição de indicadores epidemiológicos, a análise busca interpretar os resultados em articulação com a organização da Rede de Atenção Materno-Infantil, a transição demográfica observada no estado e a implementação das ações estratégicas nos territórios. Considera-se que os indicadores de mortalidade materna, infantil e fetal refletem não apenas eventos individuais, mas também a qualidade da atenção à saúde, a capacidade de resposta da rede assistencial e as condições sociais que influenciam o cuidado.

Nesse contexto, o acompanhamento dessas mortes é essencial para contribuir com a formação contínua e o aprimoramento dos profissionais e das equipes de saúde. Esse processo favorece a reflexão sobre as práticas de trabalho e o cuidado ofertado às mulheres, gestantes, puérperas, fetos e crianças, além de subsidiar a implementação de políticas e estratégias voltadas à qualificação da assistência e à humanização do cuidado.

O relatório constitui instrumento técnico de gestão e planejamento, orientado à qualificação da assistência e ao fortalecimento da corresponsabilização entre Vigilância, Assistência e gestores nos diferentes níveis do Sistema Único de Saúde. Seus achados dialogam com os eixos do Plano Estadual de Enfrentamento da Mortalidade Materna e Infantil (PEMMI), contribuindo para o monitoramento das ações implementadas e para a definição de prioridades no âmbito estadual e regional.

Os dados apresentados referem-se ao ano de 2024 e estão sujeitos a atualização conforme o encerramento das investigações e a consolidação das bases oficiais.

2. CEPMMIF-MG e Atuação Institucional em 2025

O CEPMMIF-MG exerce papel estratégico na articulação, qualificação e acompanhamento das ações voltadas à prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal no estado, com atuação no fortalecimento da vigilância, na integração da rede assistencial e no alinhamento às diretrizes do Plano Estadual de Enfrentamento da Mortalidade Materna e Infantil (PEMMI).

Em 2025, as ações do Comitê organizaram-se em quatro eixos principais:

1) Formação Continuada e Educação Permanente

O CEPMMIF-MG manteve a estratégia de fortalecimento dos comitês em diferentes níveis por meio webinários de Formação Continuada (FC), com apresentações síncronas e espaço para interação entre os participantes.

Foram realizadas:

- 10ª FC (março) – *Pré-Natal do Parceiro na APS: Importância para Prevenção e Tratamento das ISTs*;
- 11ª FC (maio) – *Inícios Saudáveis, Futuros Esperançosos*;
- 12ª FC (agosto) – *Comitês Compartilhados e Vigilância dos Óbitos*.

Além disso, o Comitê apoiou a Capacitação em Reanimação Neonatal de Médicos, Profissionais de Saúde e Parteiras, em parceria com a Sociedade Mineira de Pediatria e a Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias (Governador Valadares e Teófilo Otoni).

2) Produção Normativa e Fortalecimento Institucional

Em 2025, destacam-se as seguintes ações estruturantes:

- Publicação da **Alteração da Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.963, de 19 de outubro de 2022**, redefinindo a organização dos Comitês Municipais, Estadual, Regionais, Compartilhados e Hospitalares;
- Publicação da **Nota Técnica nº 28/2025 Conjunta SVE/SVS/SAPS**, referente aos processos de trabalho dos Comitês e à Vigilância dos Óbitos (Processo SEI nº 1320.01.0097467/2025-84);
- Publicação da **Resolução SES/MG nº 10.573, de 14 de outubro de 2025**, que homologa a atualização das representações do CEPMMIF-MG;

- Retomada e monitoramento do **Grupo de Trabalho do Plano Estadual de Enfrentamento da Mortalidade Materna e Infantil (PEMMI),** com acompanhamento dos indicadores referentes aos anos de 2022 a 2024;
- Análise e consolidação das contribuições do GT e das URS para o PEMMI.
- Publicação da **Deliberação CIB-SUS/MG nº 5.518, de 14 de dezembro de 2025**, que aprova e institui o PEMMI, estabelecendo seus eixos estratégicos, diretrizes, responsabilidades institucionais e indicadores de monitoramento. O PEMMI estrutura-se nos eixos de **Governança, Vigilância e Monitoramento, Qualificação da Atenção, Equidade e Mobilização Social** definindo compromissos para o nível central, regionais e municípios, com foco na redução dos óbitos evitáveis e no fortalecimento da Rede de Atenção Materno-Infantil no estado.

3) Participação Institucional e Articulação Intersetorial

O CEPMMIF-MG participou de eventos e espaços estratégicos de articulação técnica e institucional, entre eles:

- **Palestra no Conexão Minas-Saúde** – *Linha de Cuidado Materno-Infantil: políticas de saúde do estado de MG para redução da Mortalidade Materna e Infantil*;
- **Encontro Presencial Vigilância dos Óbitos** – *O Papel do Comitê na Vigilância e Classificação da Evitabilidade dos Óbitos Maternos, Infantis e Fetais*;
- Reunião com o IFF para apreciação/validação do Modelo de Relatório de Recomendações do CPMMIF;
- **Fórum Conjunto SOGIMIG (Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais) e CEPMMIF / 2ª Oficina da Coordenação de Ciclos de Vida (CCV**;)
- Câmara Técnica da CIB-SUS – apreciação do PEMMI;
- Reunião com REBRAC (Rede Brasileira de Acretismo Placentário) & SOGIMIG, Dr. Gabriel Osanan, para Nota Técnica de Alerta sobre Manejo do Espectro do Acretismo Placentário;
- Reunião com RBEHG (Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez), Dr. Henri Korkes, para discussão da Nota Técnica de MgSO4 na Atenção Primária à saúde (APS);
- Videoconferência e Podcast com o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRMMG) sobre Cesarianas a Pedido (Desnecessárias);
- Parecer técnico referente ao edital do Hospital Albert Einstein – Projeto

GO: Apoio Digital para Gestantes e Profissionais de Saúde;

- Entrevista ao programa *Brasil das Gerais* – Rede de Atenção Materno-Infantil;
- Participação na *Jornada Rumo ao SUS Ideal: Boas Práticas na Gestão da Saúde de Minas Gerais*;
- Contribuição para divulgação do Dia Mundial da Prematuridade;
- Palestra para o Grupo de Pesquisa *Maternidade Saúde da Mulher e Criança* da UFF (parceria com Coren).

4) Comunicação e Transparência

O CEPMMIF mantém página institucional atualizada (https://www.saude.mg.gov.br/cepmmif), com normativas vigentes, procedimentos operacionais padrão para organização dos Comitês e Investigação do Óbito, além de materiais técnicos de apoio.

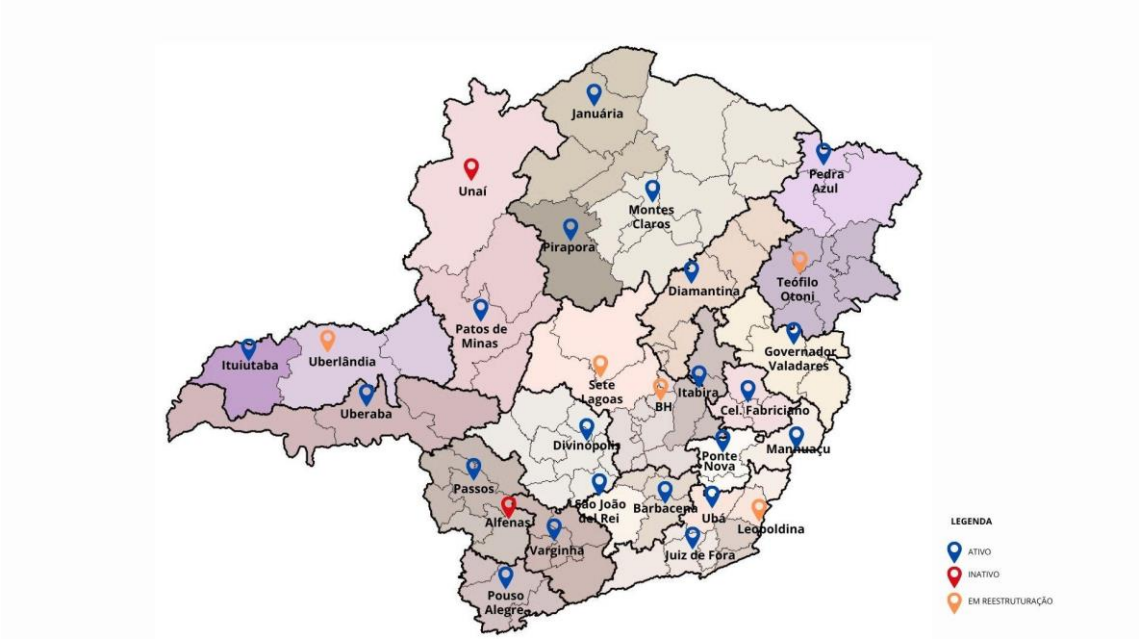
3. Organização e Funcionamento dos Comitês em Minas Gerais em 2025

A organização e o funcionamento regular dos Comitês Regionais e Municipais constituem elementos fundamentais para a qualificação da investigação dos óbitos e para o aprimoramento das recomendações técnicas. O monitoramento realizado pelo CEPMMIF-MG permite avaliar a capacidade instalada, a regularidade das reuniões e a articulação regional.

Para o 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), documentos e instrumentos de apoio relativos à organização e ao funcionamento dos comitês, incluindo regimento interno, atas de reuniões, composição dos comitês regionais e municipais e formulário eletrônico de monitoramento.

A partir da análise das informações enviadas pelas Unidades Regionais de Saúde, foi possível identificar a situação atual dos Comitês Regionais no ano de 2025, conforme representado no M**apa 1**.

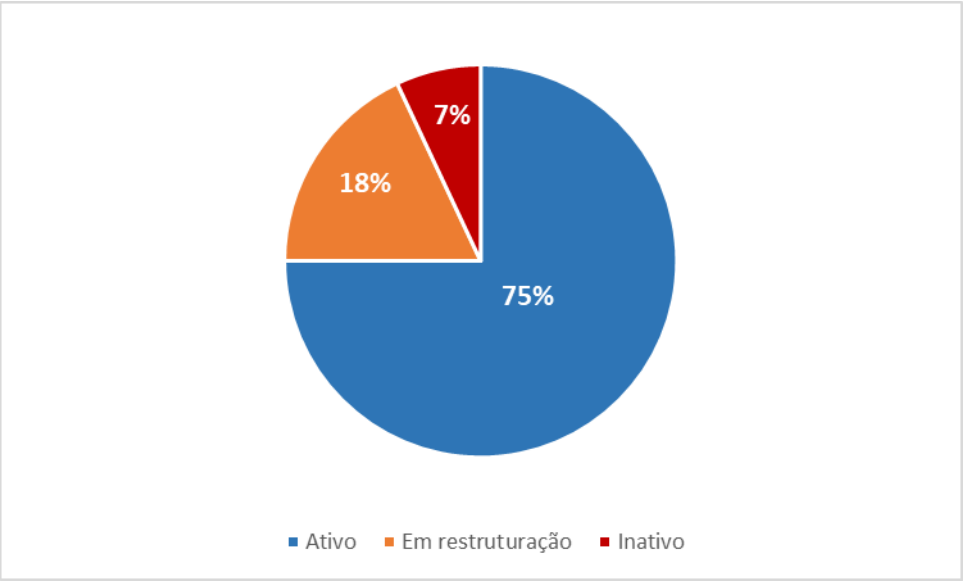
MAPA 1 - Mapa do Funcionamento dos Comitês Regionais. Minas Gerais, 2025.



Fonte: Elaboração própria, 2026.

Conforme apresentado no **Mapa 1**, dos 28 Comitês Regionais existentes em Minas Gerais, 21 encontram-se em funcionamento, 5 estão em processo de reestruturação e 2 permanecem inativos. Em termos proporcionais, esse cenário corresponde a 75% de comitês ativos, 18% em reestruturação e 7% inativos, evidenciando avanço na consolidação da rede, aspecto essencial para a análise qualificada dos óbitos e para o fortalecimento de estratégias de prevenção de mortes evitáveis **(Gráfico 1)**. Apesar dos desafios ainda presentes em algumas regiões, a predominância de comitês em atividade reforça o engajamento das equipes regionais na qualificação da atenção à saúde materna, infantil e fetal.

GRÁFICO 1 - Frequência de Funcionamento dos Comitês Regionais. Minas Gerais, 2025.



Fonte: Elaboração própria, 2026.

Na comparação com o monitoramento anterior, apresentado na CIB-SUS/MG, observa-se melhora no funcionamento dos comitês. À época, 71,4% (20) estavam ativos, 14,3% (4) encontravam-se em reestruturação e 14,3% (4) eram classificados como inativos. No cenário atual, além do aumento do percentual de comitês ativos, houve redução dos inativos para 2 (7%), correspondentes às regionais de Alfenas e Unaí, e ampliação do número de comitês em reestruturação para 5 (18%), abrangendo Belo Horizonte, Uberlândia, Sete Lagoas, Leopoldina e Teófilo Otoni.

Esse movimento sugere mobilização institucional e esforços voltados à retomada e ao fortalecimento das atividades dos comitês, ainda que persistam entraves relacionados à disponibilidade de recursos humanos e à elevada rotatividade de profissionais.

O levantamento realizado junto aos Comitês Regionais também revelou desafios recorrentes que comprometem a frequência, a qualidade e a efetividade das análises de óbitos. Entre os principais, destacam-se:

- **elevada rotatividade de profissionais**, associada à ausência de capacitação e à sobrecarga de trabalho, o que fragiliza a continuidade das ações e dificulta o acúmulo de conhecimento nas equipes;
- **limitações na estrutura organizacional**, como regimentos desatualizados e ausência de representantes municipais, prejudicando a formalização e o pleno funcionamento dos comitês;
- **entraves operacionais e logísticos**, incluindo infraestrutura inadequada,

prontuários incompletos ou de baixa qualidade e acúmulo de casos, comprometendo a análise oportuna e qualificada dos óbitos;
- **baixo nível de participação e engajamento dos membros**, muitas vezes agravado por fragilidades na governança regional e na articulação com os municípios.

A superação dessas fragilidades é fundamental para fortalecer os comitês como instâncias estratégicas da vigilância em saúde e aprimorar a resposta institucional diante das mortes evitáveis nos territórios.

Nos comitês classificados como inativos, essas dificuldades se apresentam de forma mais intensa, destacando-se:

- ausência de profissionais dedicados especificamente à temática da mortalidade;
- inexistência de rotinas operacionais estruturadas;
- fragilidade na integração entre a Vigilância em Saúde e a Coordenação das Redes de Atenção à Saúde.

Esse cenário demanda soluções mais estruturantes, com apoio técnico contínuo, adequada alocação de recursos humanos e fortalecimento da governança intersetorial, de modo a viabilizar a reativação desses comitês e assegurar sua atuação efetiva nos territórios.

4. Panorama Epidemiológico da Mortalidade em Minas Gerais em 2024

O presente capítulo apresenta o panorama epidemiológico da mortalidade materna, infantil e fetal em Minas Gerais no ano de 2024.

4.1 Investigação dos Óbitos Maternos, Infantis e Fetais

A investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais é obrigatória no país e constitui etapa estratégica da Vigilância em saúde, por permitir a qualificação da informação, a identificação de fatores evitáveis e o direcionamento de medidas de prevenção e melhoria da assistência.

No âmbito da Vigilância do óbito, o parâmetro de 95% de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) é adotado como referência de bom desempenho. Em Minas Gerais, em 2024, o percentual de investigação desses óbitos foi de 94,9%, indicando desempenho adequado e muito próximo do

patamar esperado para boa qualidade da vigilância. Contudo, persistem importantes desigualdades regionais **(Gráfico 2 e 3).**

Em relação aos óbitos infantis, embora historicamente o Ministério da Saúde tenha estabelecido como meta mínima a investigação de 70% desses eventos, esse patamar é considerado um limite inferior, sendo desejável que os serviços de vigilância alcancem percentuais mais elevados, idealmente superiores a 90%, como indicativo de melhor qualidade da informação e maior capacidade de análise. Em Minas Gerais, em 2024, o percentual de investigação dos óbitos infantis foi de 87,0%, valor que demonstra cobertura importante, mas ainda abaixo do parâmetro desejável. Esse resultado reforça a necessidade de continuidade do fortalecimento dos fluxos de investigação e do registro oportuno das fichas-síntese **(Gráfico 4)**.

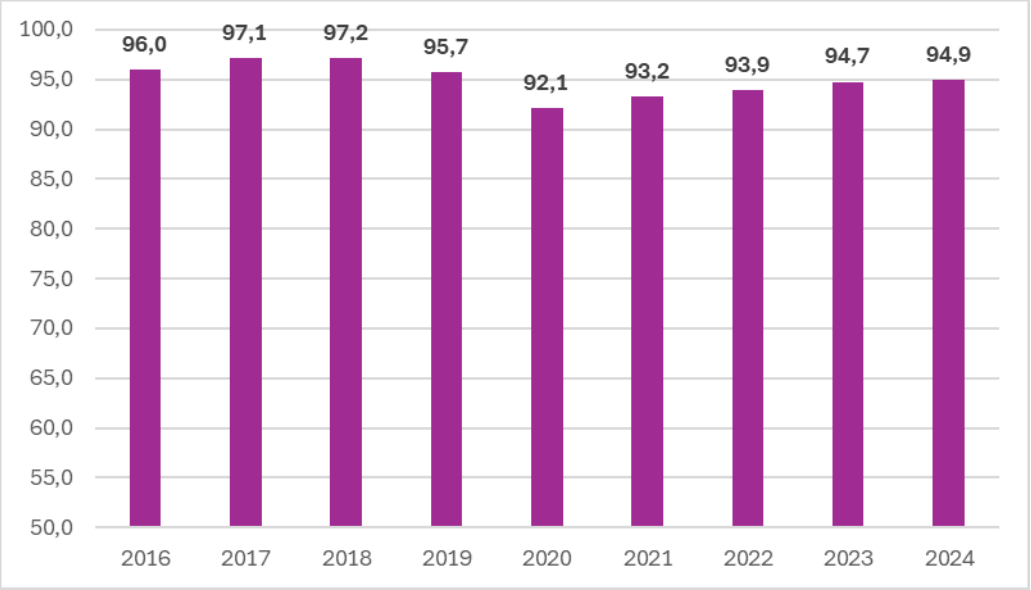
Nos óbitos fetais, o percentual de investigação alcançou 85,1% em 2024, também inferior ao patamar desejável. Esse achado evidencia a necessidade de aprimorar a investigação desses eventos, considerando sua relevância para a avaliação da qualidade da atenção pré-natal, ao parto e ao nascimento **(Gráfico 5)**.

Nesse contexto, o funcionamento regular dos Comitês de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal é fundamental, por subsidiar a análise qualificada dos casos, a discussão da evitabilidade e a formulação de recomendações capazes de induzir mudanças concretas na assistência e na organização da rede.

Entretanto, parte das dificuldades identificadas no monitoramento dos comitês está relacionada a limitações estruturais que também afetam a Vigilância do Óbito, como insuficiência de recursos humanos, sobrecarga de trabalho e elevada rotatividade de profissionais. Tais fatores comprometem a oportunidade e a qualidade das investigações, fragilizam a discussão dos casos e reduzem a capacidade de converter a análise dos óbitos em ações concretas de prevenção.

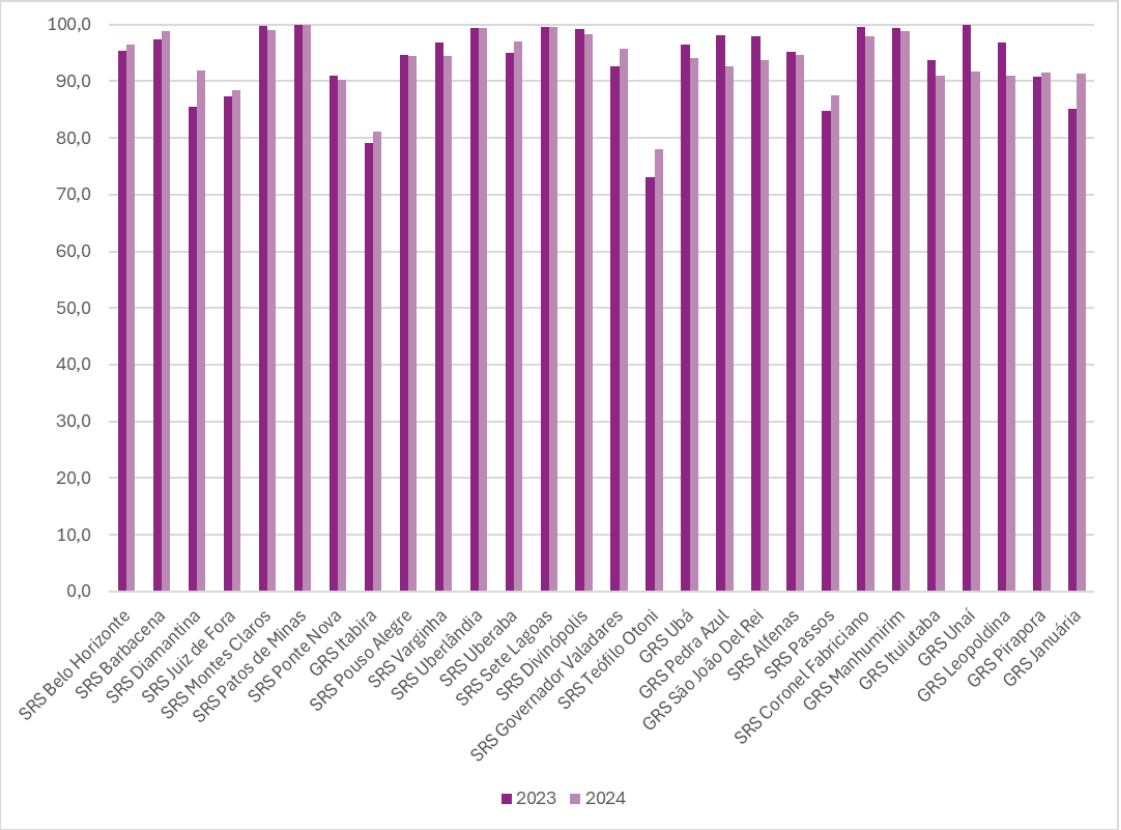
Diante disso, torna-se essencial fortalecer as equipes de Vigilância do Óbito, investir na qualificação permanente dos profissionais e garantir condições adequadas de trabalho, de modo a assegurar investigações epidemiológicas consistentes e sustentar o funcionamento regular e efetivo dos comitês nos territórios.

GRÁFICO 2 - Percentual de investigação de óbitos Mulheres em Idade Fértil (MIF) (com ficha-síntese da investigação digitada) por ano. Minas Gerais, 2016-2024.



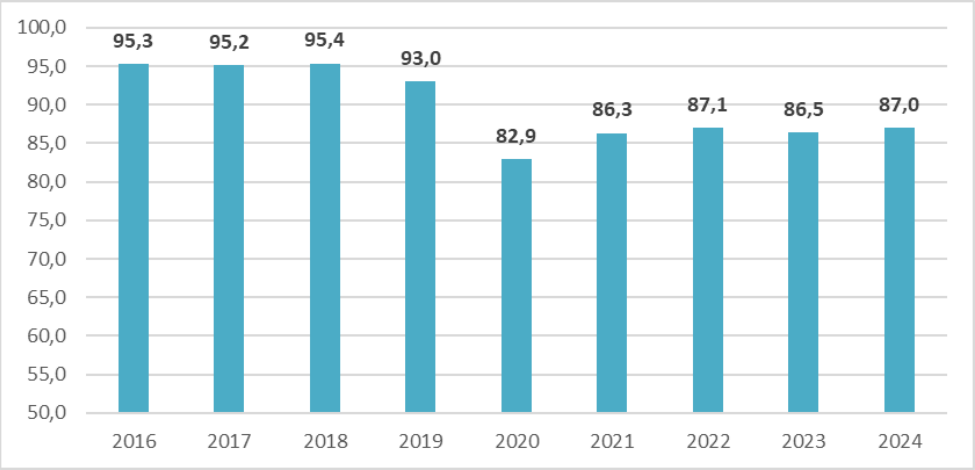
Fonte: DATASUS MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (Dados finais disponíveis até 2024 e atualizados em 02/12/2025); Módulo de investigação do SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (2024).

GRÁFICO 3 - Percentual de Investigação dos Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (com ficha-síntese da investigação digitada), segundo Unidade Regional de Saúde. Minas Gerais, 2023-2024.



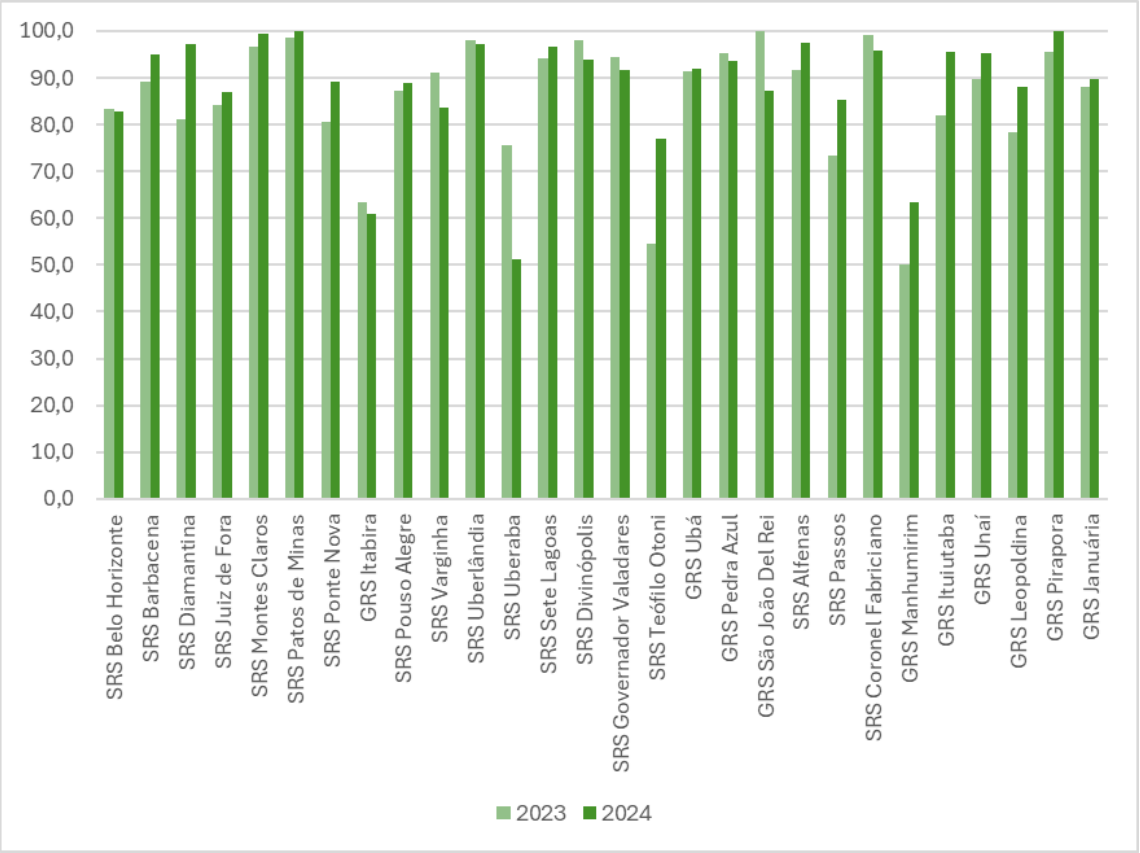
Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Dados finais disponíveis até 2024 e atualizados em 02/12/2025.

GRÁFICO 4 - Percentual de Investigação dos Óbitos Infantis (com ficha-síntese da investigação digitada) por ano. Minas Gerais, 2016-2024.



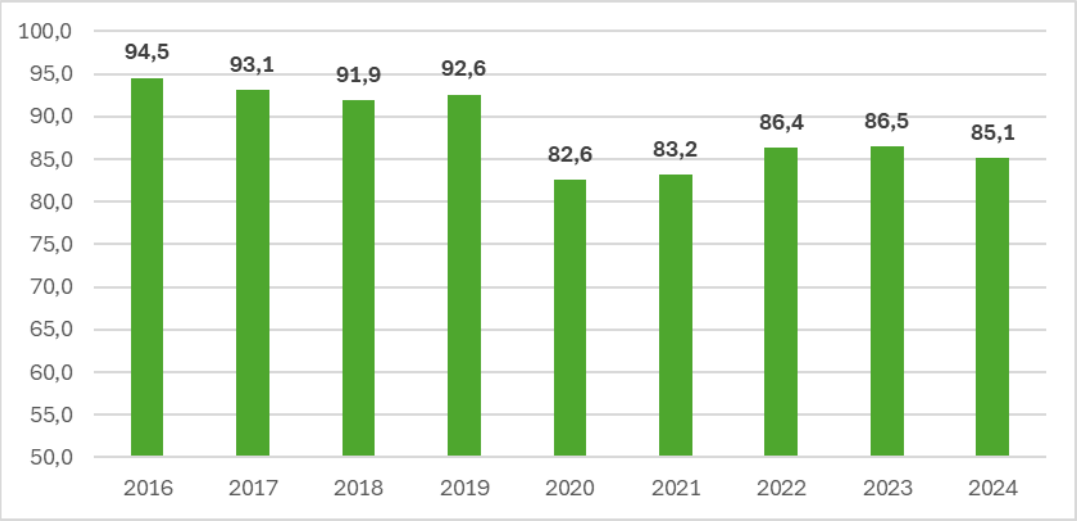
Fonte: DATASUS MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (Dados finais disponíveis até 2024 e atualizados em 02/12/2025)

GRÁFICO 5 - Percentual de investigação de óbitos infantis (com ficha-síntese da investigação digitada) por Unidade Regional de Saúde. Minas Gerais, 2023-2024.



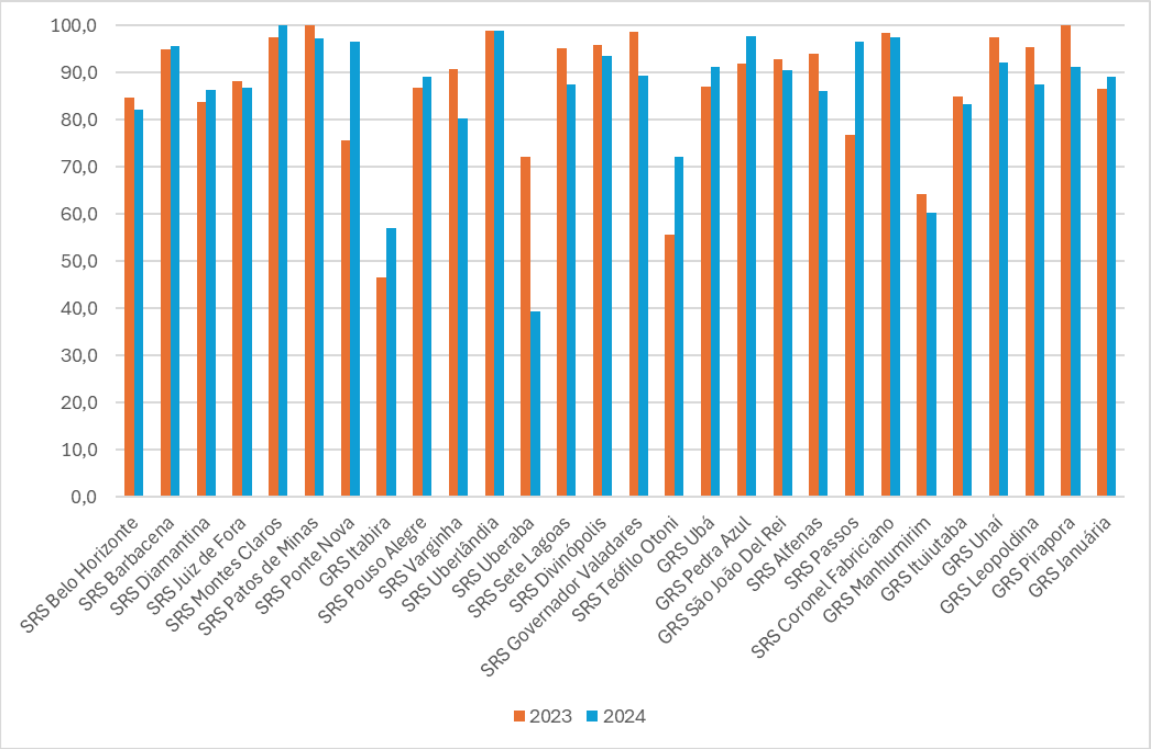
Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Dados finais disponíveis até 2024 e atualizados em 02/12/2025.

GRÁFICO 6 – Percentual de investigação de óbitos fetais (com ficha-síntese da investigação digitada) por ano. Minas Gerais, 2016-2024.



Fonte: DATASUS MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (Dados finais disponíveis até 2024 e atualizados em 02/12/2025).

GRÁFICO 7 - Percentual de investigação de óbitos fetais (com ficha-síntese da investigação digitada) por Unidade Regional de Saúde - Minas Gerais, 2023-2024.



Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Dados finais disponíveis até 2024 e atualizados em 02/12/2025.

4.2 Perfil da Mortalidade Materna Infantil e Fetal em 2024

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), por meio de consulta ao Painel da Mortalidade Materna (https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjBjNzk2ZTgtODEwYy00OGJlLWI3NzctNDNhNWE1MzJmNjRmIiwidCI6Ijg3ZTRkYTJiLTgyZGYtNDhmNi05MTU3LTY5YzNjYTYwMGRmMiIsImMiOjR9), com dados atualizados em maio de 2026, e ao Tabulador de Informações em Saúde (TABNET MG), com dados atualizados em março de 2026, registra, para o ano de 2024, **6.880 óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), 122 óbitos maternos, 2.484 óbitos em crianças menores de um ano de idade e 2.218 óbitos fetais**, sujeitos a alterações e revisões.

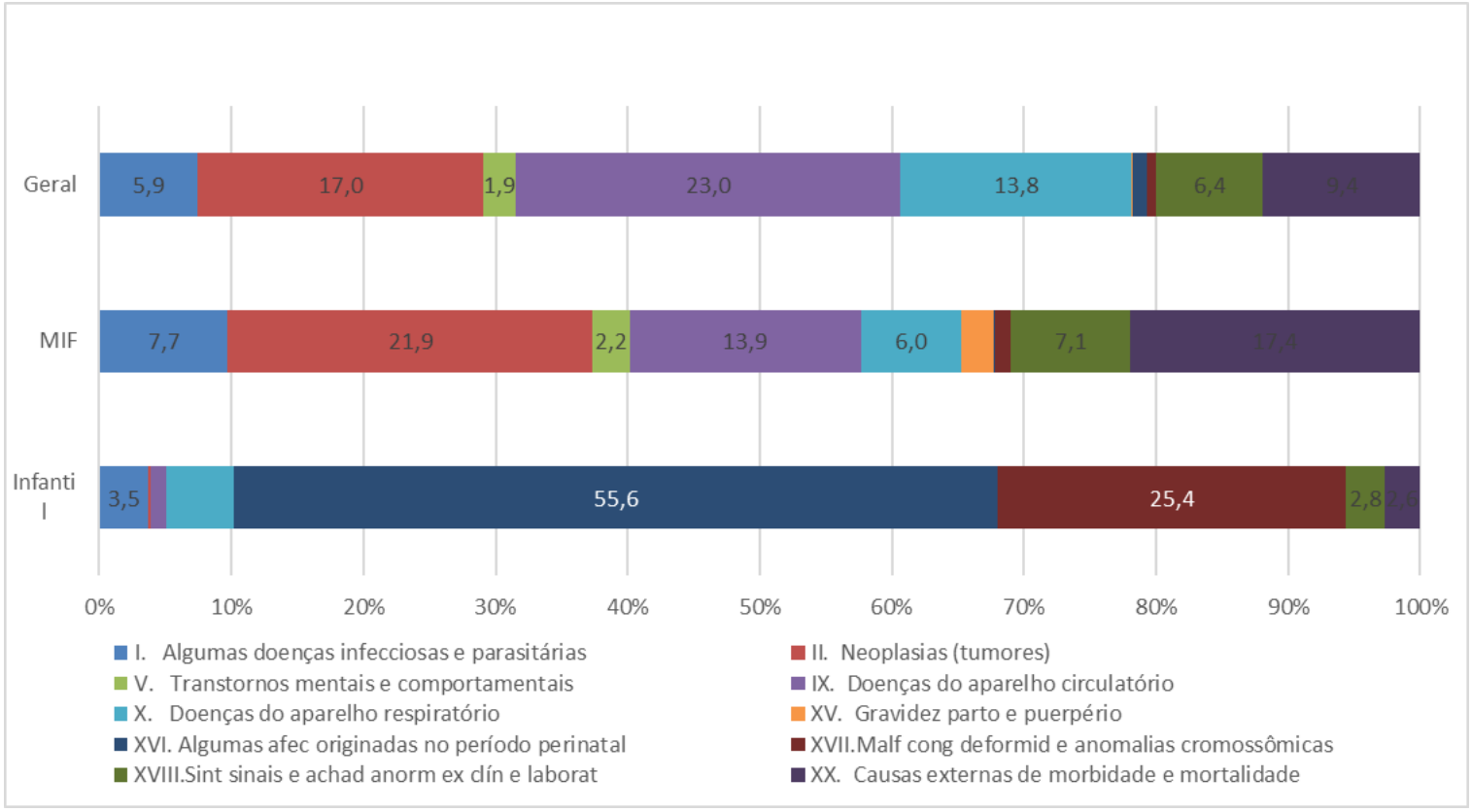
Na população geral, o **Gráfico 8** mostra que se destacaram as doenças do aparelho circulatório (23,0%), seguidas pelas neoplasias (17,0%) e pelas doenças do aparelho respiratório (13,8%). Também apresentaram participação relevante as causas externas de morbidade e mortalidade (9,4%).

Entre as mulheres em idade fértil, predominaram as neoplasias (21,9%),

seguidas pelas causas externas de morbidade e mortalidade (17,4%) e pelas doenças do aparelho circulatório (13,9%). As complicações da gravidez, parto e puerpério corresponderam a pequena proporção dos óbitos nesse grupo.

Nos óbitos infantis, destacaram-se como principais grupos algumas afecções originadas no período perinatal (55,6%) e as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (25,4%), confirmando a concentração das mortes infantis em causas relacionadas ao período gestacional, ao parto, ao nascimento e às condições congênitas.

GRÁFICO 8 - Distribuição proporcional por Capítulo CID-10 de óbitos totais, MIF e crianças até um ano de idade. Minas Gerais, 2024.



Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (TABNET MG). Nota: Dados de 2006 a 2022 atualizados em 29 de setembro de 2025. Dados de 2023 a 2025 atualizados em 2 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões

4.3 Transição Demográfica e Impactos na RMM e TMI

Minas Gerais mantém, nos últimos anos, **trajetória consistente de redução do número de nascidos vivos, refletindo o avanço da transição demográfica no estado.** Esse processo, marcado pela queda da fecundidade e por mudanças no perfil reprodutivo das mulheres, impõe novos desafios à organização da rede de atenção materno-infantil.

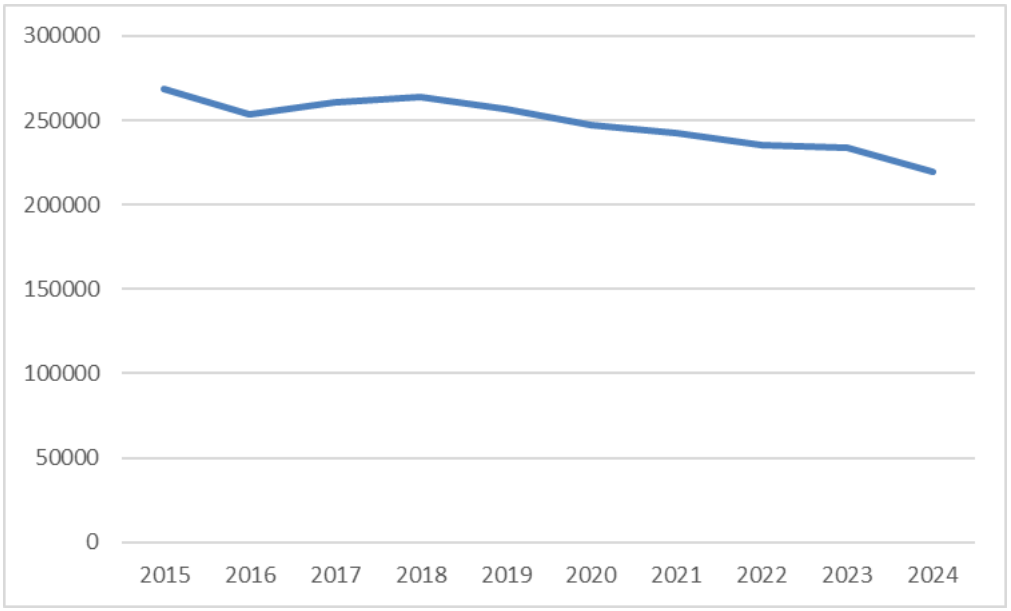
Sob a perspectiva assistencial, a redução do número de nascimentos poderia representar uma oportunidade estratégica para qualificação do cuidado, maior capacidade de acompanhamento das gestantes e fortalecimento das ações de prevenção de óbitos evitáveis. Em um cenário de menor volume de partos, seria esperado maior resolutividade da rede e melhoria progressiva dos indicadores.

Entretanto, a análise dos dados evidencia que a diminuição da natalidade não foi acompanhada por redução proporcional da mortalidade materna e a Taxa de Mortalidade Infantil mantém-se estável, sem tendência sustentada de queda. Esse descompasso sinaliza que a melhoria dos desfechos não depende exclusivamente do volume de nascimentos, mas sobretudo da efetividade da organização assistencial e da capacidade de resposta do sistema de saúde.

A transição demográfica, portanto, não pode ser compreendida como fator isolado de melhoria automática dos indicadores. Ao contrário, exige reorganização ativa da rede, integração entre vigilância e assistência e atuação coordenada entre os diferentes níveis de gestão.

Dessa forma, torna-se fundamental analisar como esses indicadores se distribuem no território e em que medida as ações assistenciais estão, de fato, alcançando as macrorregiões e Unidades Regionais de Saúde, bem como fortalecer a corresponsabilização institucional entre vigilância, atenção primária, atenção especializada, rede hospitalar e regulação.

GRÁFICO 9 - Número de nascidos vivos notificados ao Sinasc. Minas Gerais, 2015-2024.



Fonte: SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Nota: Dados de 2023 a 2025 atualizados em 19 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

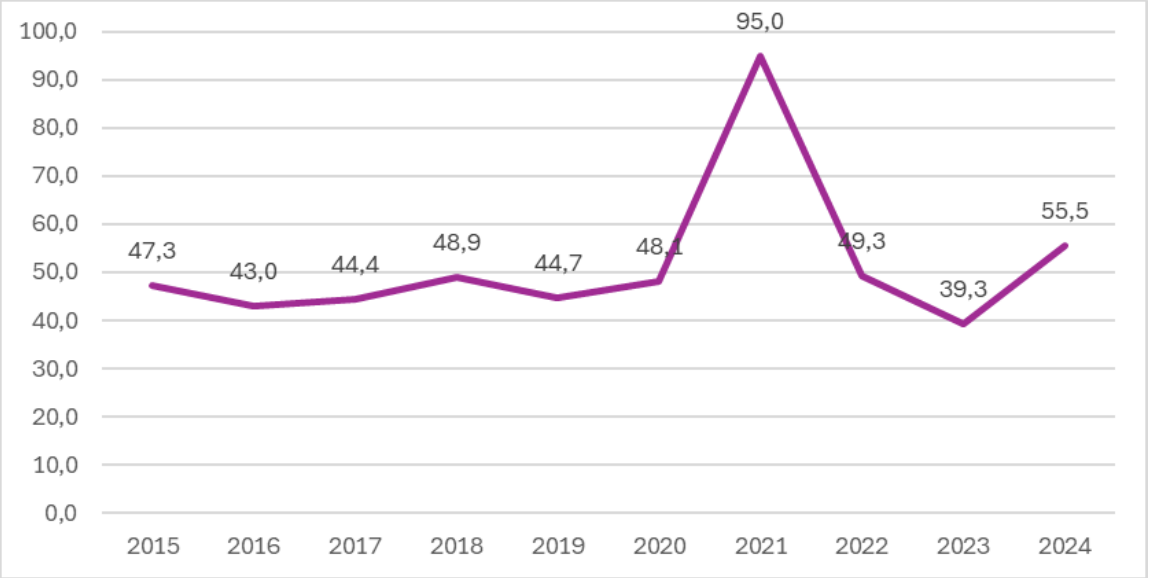
5. Mortalidade Materna - 2024

A análise da mortalidade materna é apresentada não apenas como indicador epidemiológico, mas também como marcador da qualidade da organização da Rede de Atenção.

5.1 Razão de Mortalidade Materna (RMM)

Em 2024, Minas Gerais registrou **122 óbitos maternos,** correspondendo a uma **Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 55,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos**, valor superior ao observado em 2023 **(Gráfico 10)**. A leitura da série histórica, tanto anual quanto por triênios, reforça a necessidade de manter o monitoramento contínuo da mortalidade materna e o fortalecimento das ações de vigilância e atenção à saúde materna.

GRÁFICO 10 - Razão da Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos), segundo ano do óbito. Minas Gerais, 2015 a 2024.

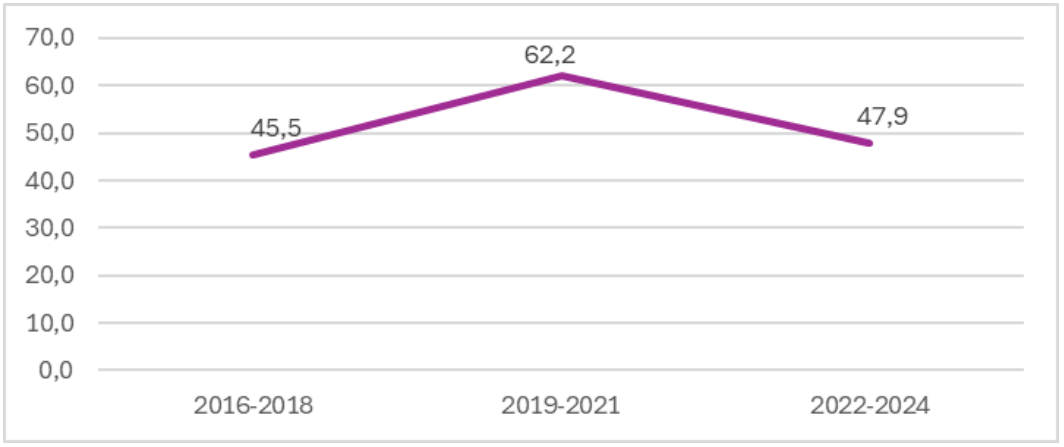


Fonte: SIM e SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (Tabnet MG). Dados de 2013 a 2023 atualizados em 29 de setembro de 2025; dados de 2024 e 2025 atualizados em 2 de março de 2026, estando sujeitos a alterações e revisões. Para 2024, utilizou-se o Painel Temático da Mortalidade Materna, com dados atualizados em 04/05/2026 e base SIM atualizada em 11/04/2026, igualmente sujeitos a alterações e revisões.

A leitura por triênios permite interpretação mais estável da RMM, ao reduzir oscilações anuais e favorecer a identificação de tendências mais consistentes. Em Minas Gerais, a RMM foi de 45,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos no triênio 2016-2018, aumentou para 62,2 no triênio 2019-2021 e reduziu para 47,9 no triênio 2022-2024 **(Gráfico 11).** Esse resultado mais recente constitui aspecto favorável, por demonstrar redução em relação ao triênio anterior, embora o indicador permaneça discretamente acima do valor observado em 2016-2018, reforçando a necessidade de manutenção das ações de vigilância e qualificação da atenção à saúde materna no estado.

A análise territorial detalhada desses indicadores é apresentada no Capítulo 9.

GRÁFICO 11 – Razão da Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos), por triênios. Minas Gerais, 2016 a 2024.



Fonte: SIM e SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (Tabnet MG). Dados de 2013 a 2023 atualizados em 29 de setembro de 2025; dados de 2024 e 2025 atualizados em 2 de março de 2026, estando sujeitos a alterações e revisões. Para 2024, utilizou-se o Painel Temático da Mortalidade Materna, com dados atualizados em 04/05/2026 e base SIM atualizada em 11/04/2026, igualmente sujeitos a alterações e revisões.

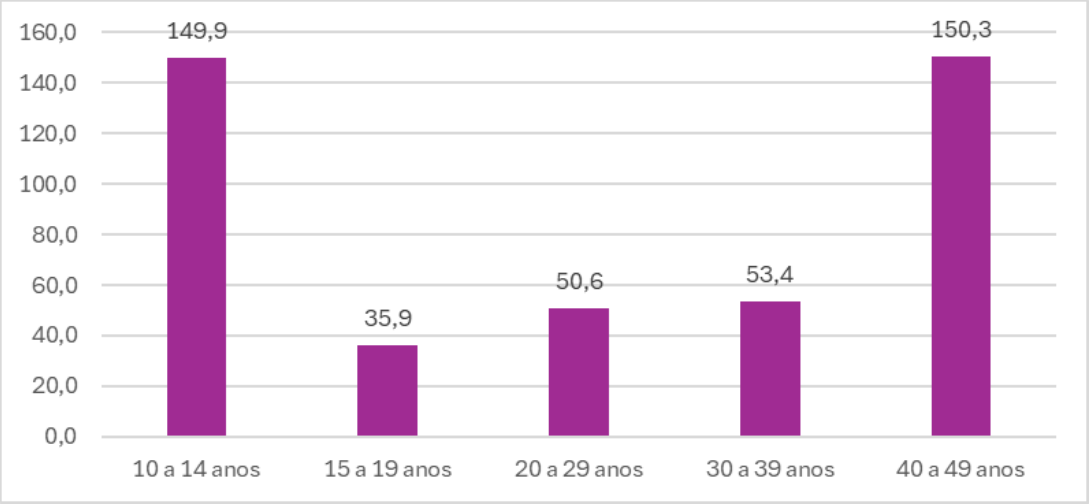
5.2 Perfil dos Óbitos Maternos

A mortalidade materna constitui um importante indicador das condições de saúde e desenvolvimento social de uma população, estando diretamente relacionada aos determinantes sociais que influenciam a vida das mulheres.

Nesse contexto, a análise da **mortalidade materna segundo faixa etária, raça/cor e escolaridade** permite evidenciar desigualdades no risco de óbito e identificar grupos populacionais em maior vulnerabilidade. Em Minas Gerais, os indicadores de 2024 evidenciam desigualdades importantes segundo essas características, apontando maior magnitude do risco em grupos socialmente mais vulnerabilizados.

Segundo **faixa etária,** o **Gráfico 12** mostra que se observaram os maiores valores da RMM entre mulheres de 40 a 49 anos (150,3 por 100 mil nascidos vivos) e adolescentes de 10 a 14 anos (149,9 por 100 mil nascidos vivos). Esse padrão evidencia maior vulnerabilidade nos extremos da vida reprodutiva, com implicações para o acompanhamento pré-natal, a estratificação de risco e a organização da atenção obstétrica.

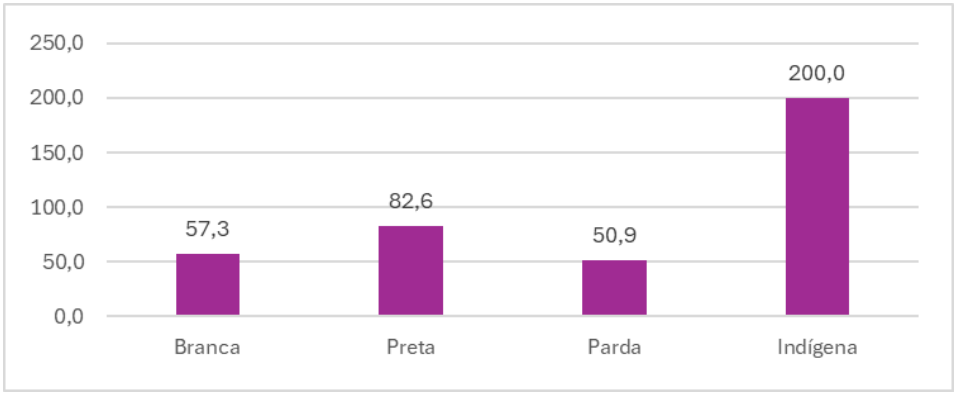
GRÁFICO 12 - Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos), segundo faixa etária. Minas Gerais, 2024.



Fonte: Painel Temático da Mortalidade Materna, com dados atualizados em 04/05/2026 e base SIM atualizada em 11/04/2026, portanto sujeitos a alterações e revisões.

Segundo **raça/cor**, as maiores RMM foram observadas entre mulheres indígenas (200,0 por 100 mil nascidos vivos) e pretas (82,6 por 100 mil nascidos vivos), indicando importantes desigualdades étnico-raciais na mortalidade materna **(Gráfico 13).** Mulheres negras apresentam maior risco de óbito quando comparadas às mulheres brancas, o que evidencia a influência do racismo estrutural e institucional no acesso e na qualidade da assistência prestada. Essas desigualdades podem se expressar tanto na menor oferta de serviços quanto em práticas discriminatórias que comprometem o cuidado adequado.

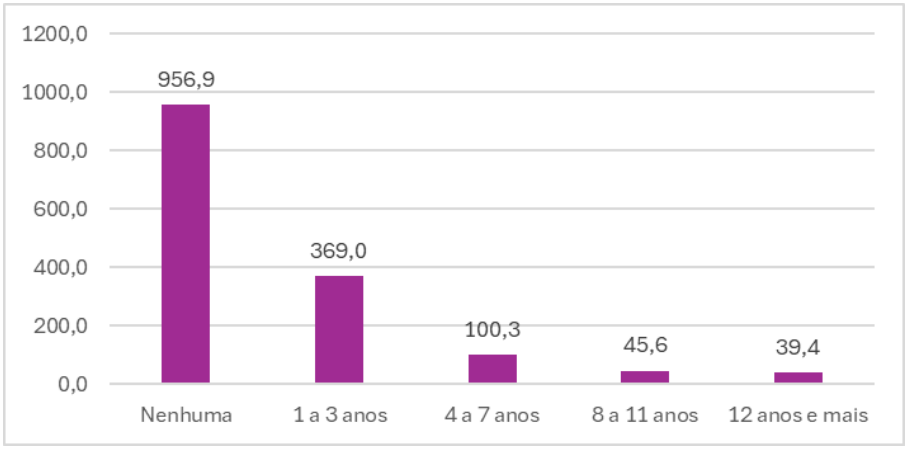
GRÁFICO 13 - Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) segundo raça cor, Minas Gerais, 2024.



Fonte: Painel Temático da Mortalidade Materna, com dados atualizados em 04/05/2026 e base SIM atualizada em 11/04/2026, portanto sujeitos a alterações e revisões.

Em relação à **escolaridade**, observou-se gradiente acentuado, com razões mais elevadas entre mulheres com menor nível de instrução, especialmente entre aquelas sem escolaridade (956,9 por 100 mil nascidos vivos) e com 1 a 3 anos de estudo (369,0 por 100 mil nascidos vivos). Entre mulheres com 12 anos ou mais de estudo, a RMM foi de 39,4 por 100 mil nascidos vivos, reforçando a associação entre vulnerabilidade social e mortalidade materna **(Gráfico 14)**. A baixa escolaridade tem sido associada à menor capacidade de reconhecimento de sinais de risco durante a gestação, bem como à menor adesão ao pré-natal.

GRÁFICO 14 – Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) segundo escolaridade da mulher - Minas Gerais, 2024.



Fonte: Painel Temático da Mortalidade Materna, com dados atualizados em 04/05/2026 e base SIM atualizada em 11/04/2026, portanto sujeitos a alterações e revisões.

Esses achados reforçam que a mortalidade materna deve ser compreendida como um fenômeno multifatorial, que resulta da interação entre condições biológicas e determinantes sociais, exigindo não apenas o aprimoramento da assistência obstétrica, mas também a implementação de políticas públicas intersetoriais voltadas à redução das desigualdades sociais e raciais, à ampliação do acesso à educação e ao fortalecimento dos sistemas de saúde.

5.3 Assistência Pré-natal e Linha de Cuidado

Entre os aspectos observados na **assistência pré-natal e nos fluxos da linha de cuidado** destacam-se o início do acompanhamento, a estratificação de risco e o encaminhamento para o Pré-Natal de Alto Risco, quando indicado. Esses componentes são relevantes para a avaliação da organização da rede e da resposta assistencial nos territórios.

A análise individualizada dos casos de óbito materno, infantil e fetal constitui atribuição permanente da Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG, conforme previsto em seu Regimento Interno, e subsidia tecnicamente o Comitê Estadual na formulação de recomendações para qualificação da rede de atenção. Desenvolvida em reuniões técnicas sistemáticas, essa atividade resulta na elaboração anual de uma **planilha estadual de vigilância dos óbitos maternos**, construída a partir dos relatórios-síntese e da revisão dos casos, reunindo informações sociodemográficas, territoriais, assistenciais, clínicas e documentais, incluindo o contexto assistencial, o acompanhamento pré-natal, a estratificação de risco gestacional, o acesso e o encaminhamento aos serviços, o momento e as circunstâncias do óbito, a consistência das informações registradas e os elementos relacionados à evitabilidade.

São recebidos e analisados relatórios executivos independentemente de integrarem o cálculo da RMM, incluindo casos classificados como óbitos maternos tardios (43 dias a 1 ano após término da gestação), não obstétricos e por causas externas. **Em 2024, o nível central recebeu 115 Relatórios Executivos, dos quais 102 foram analisados. Desses, 91 tiveram como classificação final óbito materno**, ou seja, ocorreram até 42 dias após o término da gestação e decorreram de causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério **(Tabela 1).**

Em 2024, **69,84% dos óbitos maternos declarados no SIM foram qualificados após discussão técnica no âmbito do CEPMMIF-MG**, evidenciando a importância da atuação da Secretaria Executiva na revisão dos casos, no

aprimoramento da classificação dos óbitos e na produção de informações mais consistentes para a vigilância.

Nesse processo, a correta codificação das causas de morte materna desempenha papel essencial na produção de informações confiáveis sobre a saúde das mulheres e na formulação de políticas públicas mais eficazes. A qualificação da codificação das causas de morte contribui para o reconhecimento de padrões, como a prevalência de determinadas complicações obstétricas, fragilidades no acesso aos serviços de saúde e inadequações na assistência prestada no pré-natal, parto e puerpério. Além de ampliar a compreensão da mortalidade materna, esse aprimoramento favorece a comparabilidade dos dados em nível regional, nacional e internacional, ao utilizar sistemas padronizados de classificação, como a Classificação Internacional de Doenças (CID). Sistemas padronizados de classificação permitem que diferentes localidades analisem e comparem seus indicadores, identificando desigualdades e direcionando recursos de forma mais eficiente.

Por outro lado, erros ou subregistros na codificação podem levar à subnotificação da mortalidade materna, mascarando a real magnitude do problema. Muitas vezes, mortes que deveriam ser classificadas como maternas são registradas sob causas inespecíficas ou indiretas, dificultando a elaboração de estratégias de prevenção. Esse cenário compromete a qualidade dos sistemas de informação em saúde e limita a capacidade de monitoramento e avaliação das ações implementadas.

TABELA 1 - Óbitos maternos recebidos, discutidos e qualificados pela Secretaria Executiva do CEPMMIF. Minas Gerais, 2024.

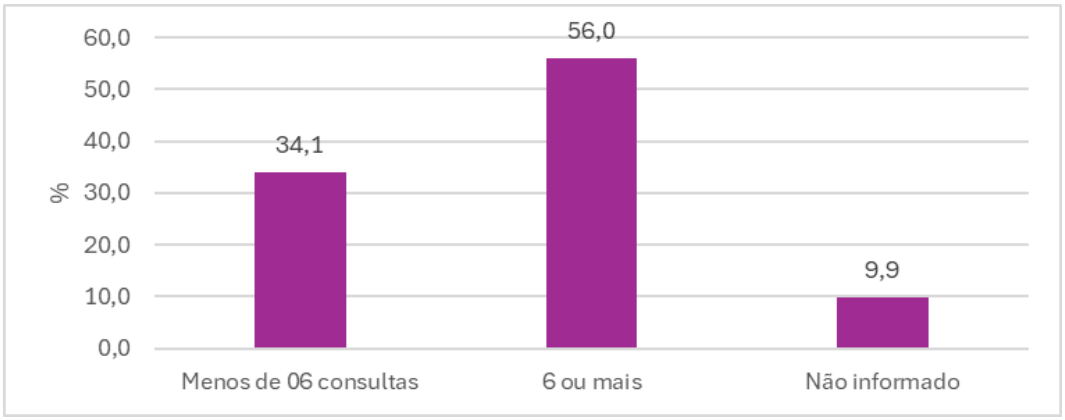
Óbitos maternos declarados no SIM*	**Óbitos totais analisados**	**Óbitos classificados como maternos pelo CEPMMIF**	**% Óbitos maternos recebidos e discutidos CEPMMIF**	**% Óbitos maternos Qualificados pós discussão CEPMMIF**
122	102	91	100%	69,84%

Fonte: SIM/CEPMMIF. Dados referentes ao ano de 2024, dados parciais sujeitos à alteração e revisão.

*Painel Temático da Mortalidade Materna, com dados atualizados em 04/05/2026 e base SIM atualizada em 11/04/2026, portanto sujeitos a alterações e revisões.

Em relação ao **número de consultas de pré-natal**, 56,0% das mulheres realizaram seis ou mais consultas, enquanto 34,1% realizaram menos de seis consultas. Em 9,9% dos casos, essa informação não estava registrada **(Gráfico 15).**

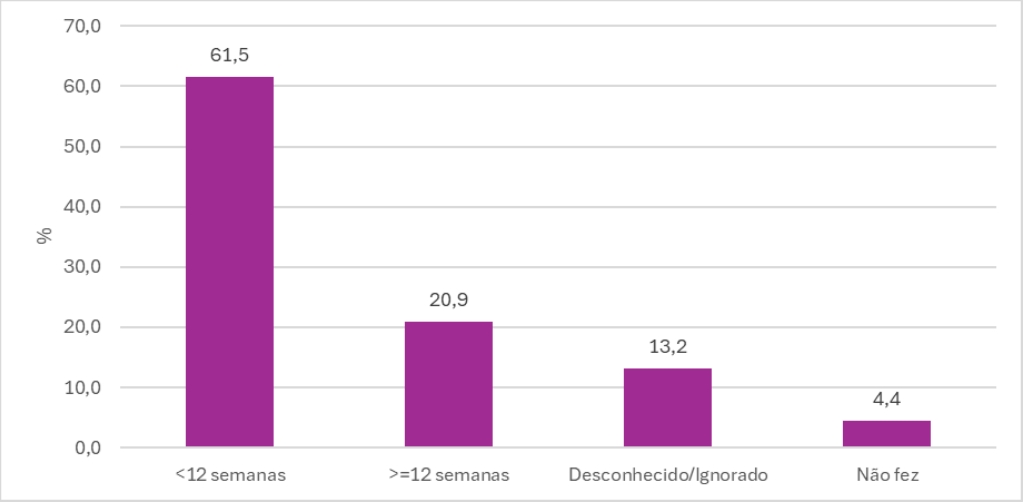
GRÁFICO 15 – Proporção de consultas pré-natal. Minas Gerais, 2024.



Fonte: Planilha estadual de vigilância dos óbitos maternos, 2024, CEPMMIF-MG.

Quanto à **idade gestacional na primeira consulta de pré-natal**, 61,5% das mulheres iniciaram o acompanhamento com menos de 12 semanas de gestação, ao passo que 20,9% iniciaram com 12 semanas ou mais. Em 4,4% dos casos, não houve realização de pré-natal, e em 13,2% a informação estava desconhecida ou ignorada **(Gráfico 16).**

GRÁFICO 16 - Distribuição dos óbitos maternos segundo Idade Gestacional na primeira consulta de pré-natal (%). Minas Gerais, 2024.

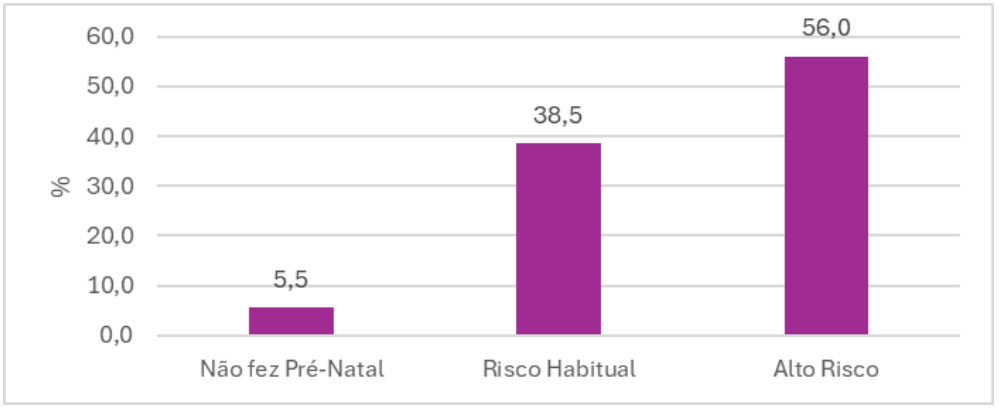


Fonte: Planilha estadual de vigilância dos óbitos maternos, 2024, CEPMMIF-MG.

Embora parcela expressiva das mulheres tenha realizado seis ou mais consultas e iniciado o acompanhamento antes de 12 semanas de gestação, esses indicadores, isoladamente, não expressam a qualidade do pré-natal. Em articulação com os achados que serão apresentados na sequência, esse resultado sugere **a necessidade de qualificar o reconhecimento precoce de sinais de gravidade, a estratificação de risco, o acesso oportuno à atenção especializada e a continuidade do cuidado ao longo da gestação e do puerpério.**

Em relação à **estratificação do risco gestacional**, observou-se predomínio de óbitos maternos entre gestantes classificadas como de alto risco (56,0%), seguidas daquelas com risco habitual (38,5%). Esse perfil reforça a importância da adoção e do uso sistemático do Guia de *Atenção à Saúde da Gestante – Critérios para a Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante* e da *Linha de Cuidado Materno-Infantil*, revisados e publicizados pela SES-MG em 2024, como referenciais para qualificar a estratificação de risco e o encaminhamento oportuno na rede de atenção **(Gráfico 17).**

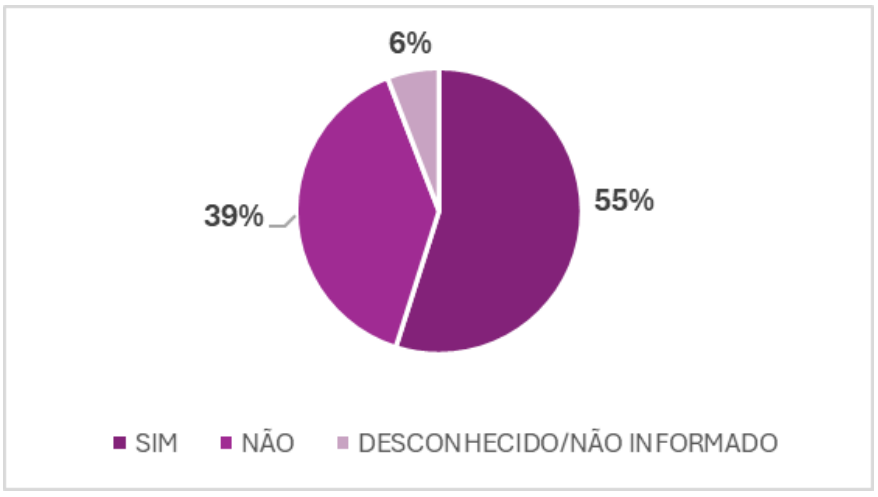
GRÁFICO 17 - Distribuição dos óbitos maternos segundo estratificação do risco gestacional. Minas Gerais, 2024.



Fonte: Planilha estadual de vigilância dos óbitos maternos, 2024, CEPMMIF-MG.

Quanto ao **encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco**, entre os casos classificados como de alto risco, predominou o registro de encaminhamento realizado (55,0%). Contudo, a presença de 39,0% de situações sem encaminhamento, além de registros de recusa, devolução e não comparecimento, evidencia fragilidades no fluxo assistencial e na continuidade do cuidado, especialmente no acesso oportuno à atenção especializada **(Gráfico 18).**

GRÁFICO 18 - Proporção de óbitos maternos segundo encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco. Minas Gerais, 2024.



Fonte: Planilha estadual de vigilância dos óbitos maternos, 2024, CEPMMIF-MG.

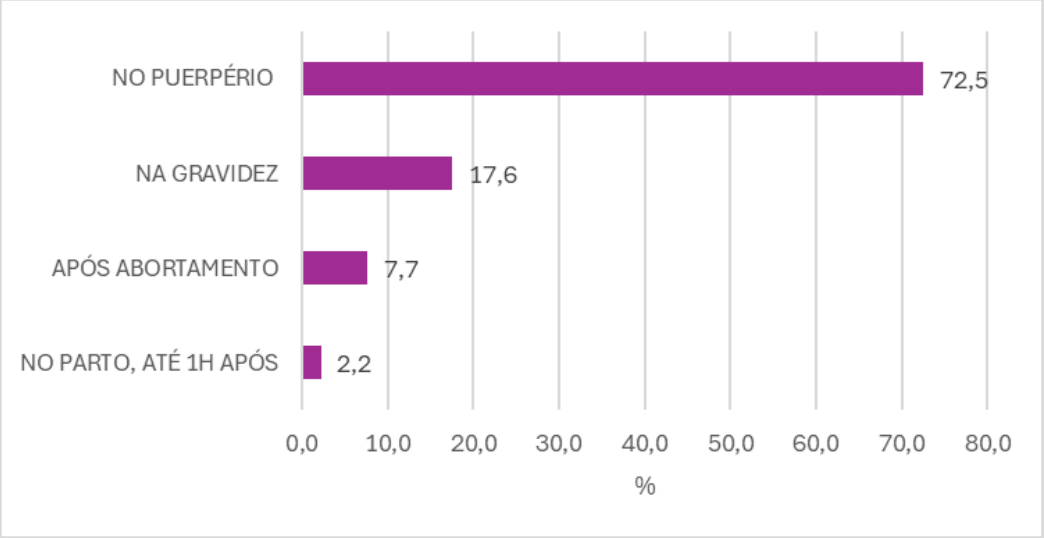
5.4 Momento do Óbito

A análise do **momento de ocorrência do óbito** permite identificar pontos críticos na linha de cuidado materna, especialmente no que se refere à assistência ao parto e ao acompanhamento no puerpério. A concentração de óbitos em determinadas fases do ciclo gravídico-puerperal sinaliza fragilidades na organização da rede, no acesso oportuno aos serviços e na continuidade do cuidado.

Em 2024, observou-se concentração dos óbitos maternos no puerpério, totalizando 72,5% dos casos. Os óbitos ocorridos na gestação corresponderam a 17,6%, enquanto aqueles registrados após abortamento representaram 7,7% e os ocorridos no parto (até 1 hora), 2,2% **(Gráfico 19).** Os dados evidenciam o puerpério como período de maior ocorrência dos óbitos maternos no estado.

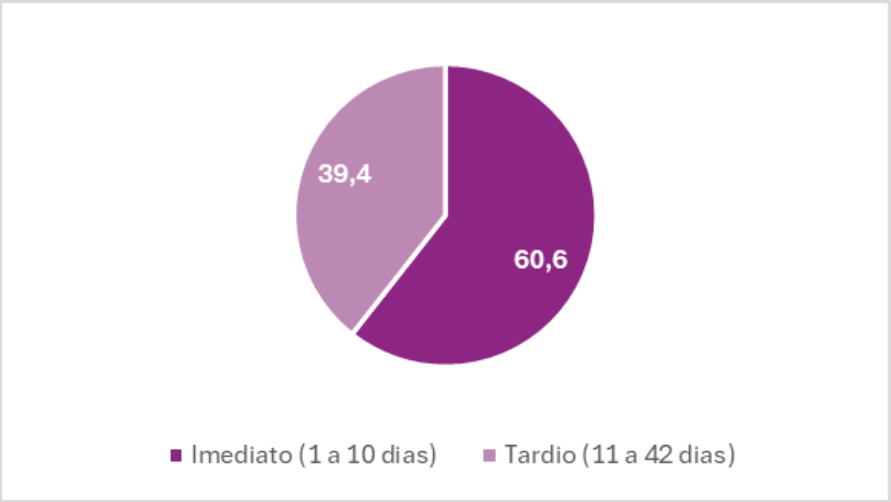
Entre os óbitos ocorridos no puerpério, 60,6% aconteceram entre 1 e 10 dias após o parto, e 39,4% entre 11 e 42 dias, evidenciando maior concentração no período pós-parto mais precoce **(Gráfico 20).**

GRÁFICO 19 - Distribuição dos óbitos maternos segundo momento do óbito. Minas Gerais, 2024.



Fonte: Planilha estadual de vigilância dos óbitos maternos, 2024, CEPMMIF-MG.

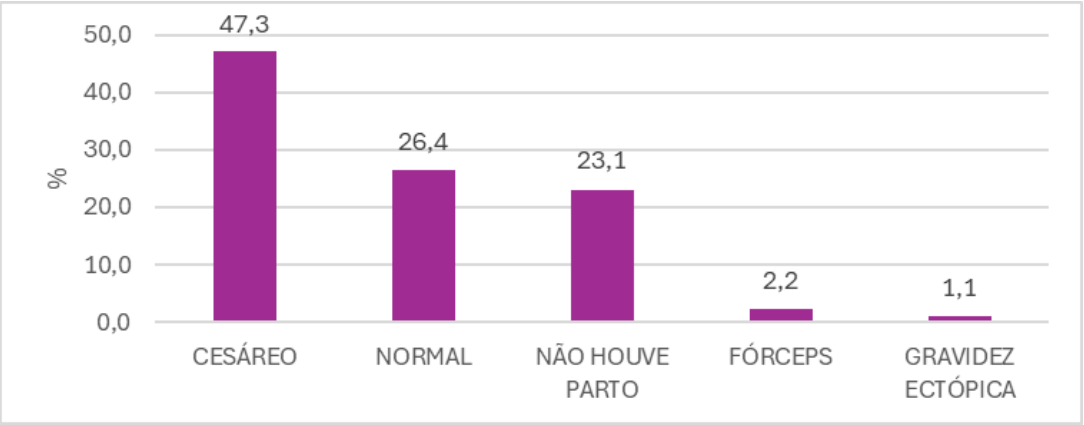
GRÁFICO 20 - Proporção dos óbitos maternos por tempo de puerpério. Minas Gerais, 2024.



Fonte: Planilha estadual de vigilância dos óbitos maternos, 2024, CEPMMIF-MG.

Quanto ao **tipo de parto**, observou-se maior frequência de óbitos entre mulheres submetidas à cesariana (47,3%), seguida de parto normal (26,4%). Em 23,1% dos casos, houve registro de “não houve parto”, o que inclui situações em que o óbito ocorreu ainda na gestação **(Gráfico 21).** Esses dados devem ser interpretados no contexto clínico-assistencial de cada caso, considerando especialmente as condições maternas que motivaram a indicação e a realização do parto.

GRÁFICO 21 - Frequência dos óbitos maternos segundo tipo de parto. Minas Gerais, 2024.



Fonte: Planilha estadual de vigilância dos óbitos maternos, 2024, CEPMMIF-MG.

Para fins analíticos, as indicações registradas para os óbitos com parto cesáreo

foram agrupadas em categorias clínicas, com base nas *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*, do Ministério da Saúde/Conitec (2022), e nas recomendações do NICE sobre cesariana (2021). Esse agrupamento teve como objetivo qualificar a interpretação dos casos, organizando os registros segundo condições clínicas compatíveis com indicações reconhecidas na literatura e nas diretrizes, além de contemplar situações que exigem avaliação individualizada e registros com indicação desconhecida. As diretrizes reconhecem, como situações tipicamente associadas à indicação de cesariana, condições maternas, fetais, placentárias ou uterinas de maior gravidade e ressaltam que cesariana anterior, isoladamente, não constitui indicação automática de nova cesariana, exigindo avaliação individualizada. Nos registros com mais de uma indicação, considerou-se a condição de maior gravidade clínica ou mais diretamente relacionada à decisão operatória.

As categorias consideradas foram:

- **intercorrências placentárias e hemorrágicas**, incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, suspeita de acretismo placentário, rotura uterina e outros sangramentos;
- **síndromes hipertensivas graves**, como pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, eclâmpsia, iminência de eclâmpsia e síndrome HELLP;
- **comprometimento fetal agudo**, como sofrimento fetal agudo, bradicardia fetal, taquicardia fetal persistente e desacelerações em cardiotocografia;
- **condições maternas clínicas graves**, como insuficiência respiratória, sepse materna, síndrome torácica aguda, crise falcêmica e outras condições clínicas graves;
- **cesariana *post mortem*/ histerotomia de ressuscitação**;
- **cesariana anterior**, quando registrada como motivo principal, sem outra condição obstétrica grave associada;
- **outras situações de avaliação individualizada**, como cesariana a pedido, gemelaridade, falha de indução e outras situações cuja indicação depende de avaliação clínica específica; e
- **indicação desconhecida**.

A análise das indicações registradas nos óbitos com parto cesáreo evidenciou predomínio de intercorrências placentárias e hemorrágicas (27,1%), seguidas de síndromes hipertensivas graves (18,8%), comprometimento fetal agudo (14,6%) e condições maternas clínicas graves (12,5%). Também foram identificados registros classificados como outras situações de avaliação individualizada (10,4%), cesariana *post mortem* (6,3%), cesariana anterior (6,3%) e indicação desconhecida (4,2%). De modo geral, os achados são compatíveis com indicações reconhecidas na literatura e

nas diretrizes para resolução da gestação por via abdominal; por outro lado, a presença de registros classificados como indicação desconhecida evidencia fragilidades no registro assistencial e limita a avaliação da adequação da indicação em todos os casos **(Tabela 2).**

TABELA 2 - Frequência de cesariana por categoria de indicação. Minas Gerais, 2024.

Categoria de indicação de cesariana	**n**	**%**
Intercorrências placentárias e hemorrágicas	13	27,1
Síndromes hipertensivas graves	9	18,8
Comprometimento fetal agudo	7	14,6
Condições maternas clínicas graves	6	12,5
Procedimento *post mortem*	3	6,3
Cesariana anterior	3	6,3
Outras situações de avaliação individualizada	5	10,4
Indicação desconhecida	2	4,2
Total	**48**	**100,0**

Fonte: Planilha estadual de vigilância dos óbitos maternos, 2024, CEPMMIF-MG.

5.5 Principais Causas

A análise das **principais causas de óbito materno** permite identificar não apenas os padrões epidemiológicos predominantes, mas também os pontos de maior fragilidade na organização da assistência, especialmente no reconhecimento precoce de riscos, no manejo oportuno das complicações e na resposta hospitalar às emergências obstétricas.

Em 2024, observou-se predomínio das **mortes maternas obstétricas diretas (76,2%)**, seguidas pelas **obstétricas indiretas (20,5%)**, enquanto as **não especificadas** corresponderam a **3,3%** dos casos **(Tabela 3)**. Esse perfil evidencia que a maior parte dos óbitos decorreu de complicações diretamente relacionadas à gestação, ao parto e ao puerpério, indicando persistência de falhas na prevenção, no reconhecimento oportuno da gravidade e no manejo das urgências obstétricas.

TABELA 3 - Óbitos maternos segundo tipo de causa no Sistema de Informação sobre Mortalidade. Minas Gerais, 2024

Tipos de causas obstétricas	%
Morte materna obstétrica direta	76,2
Morte materna obstétrica indireta	20,5
Morte materna obstétrica não especificada	3,3
Total	100

Fonte: Painel Temático da Mortalidade Materna, com dados atualizados em 04/05/2026 e base SIM atualizada em 11/04/2026, portanto sujeitos a alterações e revisões.

Segundo a classificação CID-Mortalidade Materna (CID-MM), destacaram-se, em 2024, as **complicações não obstétricas (22,0% - 27/122)**, as **hemorragias (20,5% - 25/122)**, as **outras complicações obstétricas (17,2% - 21/122)** e as **causas hipertensivas (15,6% - 19/122)**. Também apresentaram participação relevante os óbitos relacionados à **gravidez que termina em aborto (9,8% - 12/122)** e às **infecções relacionadas à gravidez (7,4% - 9/122)**. A distribuição desses grupos mostra que a mortalidade materna no estado resulta tanto de emergências obstétricas agudas e classicamente evitáveis, como hemorragias e síndromes hipertensivas, quanto da crescente relevância das condições clínicas agravadas pela gestação **(Tabela 4 e Gráfico 22).**

O peso das **hemorragias e das causas hipertensivas** reforça a importância da qualificação do manejo das emergências obstétricas, especialmente no que se refere à identificação precoce da gravidade, ao tratamento em tempo oportuno e à capacidade de resposta pré-hospitalar e hospitalar. Esses grupos concentram causas amplamente reconhecidas como sensíveis à qualidade da assistência, exigindo organização contínua de fluxos, disponibilidade ininterrupta de recursos e equipes sempre aptas para resposta imediata. Esses achados também dialogam com a qualidade do pré-natal e da linha de cuidado, especialmente no reconhecimento precoce de sinais de alerta, na estratificação de risco e no encaminhamento oportuno das gestantes com maior complexidade.

A expressiva participação das **complicações não obstétricas** indica, por sua vez, a necessidade de fortalecer a integração entre a atenção obstétrica e o cuidado clínico especializado, considerando o impacto de doenças preexistentes ou intercorrentes sobre a evolução da gestação. Esse achado aponta para a importância da estratificação de risco, do seguimento compartilhado e da articulação entre os

diferentes pontos da rede, sobretudo nos casos de maior complexidade.

A presença de óbitos por **gravidez que termina em aborto**, **infecções relacionadas à gravidez** e **outras complicações obstétricas** evidencia que persistem desafios em diferentes momentos da linha de cuidado, desde o acesso inicial e o acompanhamento pré-natal até a assistência hospitalar e o seguimento no puerpério. Em conjunto, esses padrões reforçam a necessidade de qualificação do cuidado obstétrico e clínico, do fortalecimento da vigilância e da articulação entre os níveis de atenção, aspectos aprofundados na análise qualitativa dos casos.

TABELA 4 - Número de óbitos maternos por grupo de causas (classificação CID-Mortalidade Materna - CID-MM) no triênio. Minas Gerais, 2022-2024.

GRUPO DE CAUSAS MM	**2022**	**2023**	**2024**
Causas Diretas Grupo 1 Gravidez que termina em aborto	**10**	**7**	**12**
O031 Aborto Espontâneo incompleto, complicado por hemorragia excessiva	0	0	1
O035 Aborto espontâneo (completo ou não especificado) complicado por infecções do trato genital ou dos órgãos pélvicos	1	2	0
O030 Aborto Espontâneo Incompleto complicado infecções do trato genital ou dos órgãos pélvicos	0	0	1
O046 Aborto por razões médicas e legais, completo ou não especificado, complicado por hemorragia excessiva ou tardia	0	1	0
O009 Gravidez ectópica, não especificada	3	1	3
O001 Gravidez tubária	5	1	1
O06 Aborto não especificado (completo ou incompleto) complicado por hemorragia excessiva ou tardia	0	1	1
O021 Aborto Retido	0	1	0
O01 Mola hidatiforme	0	0	3
O050 Outros tipos de aborto incompleto, complicado por infecção do trato genital e pélvico.	0	0	1
O056 Outros tipos de aborto completa ou não especificada, complicada por hemorragia tardia ou excessiva	0	0	1
O058 Outros tipos de aborto completa ou não especificada, com outras complicações não especificadas	1	0	0
Grupo 2 Causas hipertensivas na gravidez, parto ou puerpério	**23**	**12**	**20**
O11 Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta	1	1	0
O13 Hipertensão Gestacional (induzida pela gravidez) sem proteinúria	3	1	0

significativa			
O14 Pré-eclâmpsia	0	0	1
O141 Pré-eclâmpsia grave	7	5	7
O149 Pré-eclâmpsia, não especificada	2	2	2
O150 Eclampsia na gravidez	3	1	3
O151 Eclampsia durante o trabalho de parto	2	0	0
0152 Eclampsia no puerpério	2	1	4
O159 Eclampsia, sem especificação do período	3	1	2
Grupo 3 Hemorragias obstétricas	**22**	**13**	**25**
O208 Outras hemorragias no início da gravidez	1	0	0
O441 Placenta prévia com hemorragia	2	1	3
O450 Descolamento prematuro da placenta com defeito de coagulação	0	1	2
O459 Descolamento prematuro da placenta, não especificado	3	2	3
O460 Hemorragia anteparto com defeito de coagulação	0	1	0
O469 Hemorragia anteparto, não especificada	2	0	0
O679 Hemorragia intraparto não especificada	1	0	1
O710 Ruptura uterina antes do início do trabalho de parto	0	0	1
O712 Inversão uterina pós-parto	1	0	1
O720 Hemorragia do terceiro estágio do parto	3	1	0
O721 Hemorragia pós-parto	7	5	8
O723 Deficiências de coagulação pós-parto	0	0	2
O722 Hemorragias pós-parto, tardias e secundárias	2	2	2
O720 Hemorragia do terceiro estágio	0	0	2
Grupo 4 Infecções relacionadas à gravidez	**5**	**9**	**9**
O234 Infecção não especificada do trato urinário na gravidez	1	0	1
O411 Infecção do saco amniótico e das membranas	1	2	0
O85 Infecção puerperal	2	4	7
O60 Infecção da incisão cirúrgica de origem obstétrica	1	0	0
O862 Infecção das vias urinárias subsequentes ao parto	0	1	0
O864 Febre de origem desconhecida subsequente ao parto	0	1	1
O868 Outras infecções puerperais especificadas	0	1	0
Grupo 5 Outras complicações obstétricas	**16**	**16**	**22**
O211 Hiperêmese gravídica com distúrbio metabólico	1	1	1

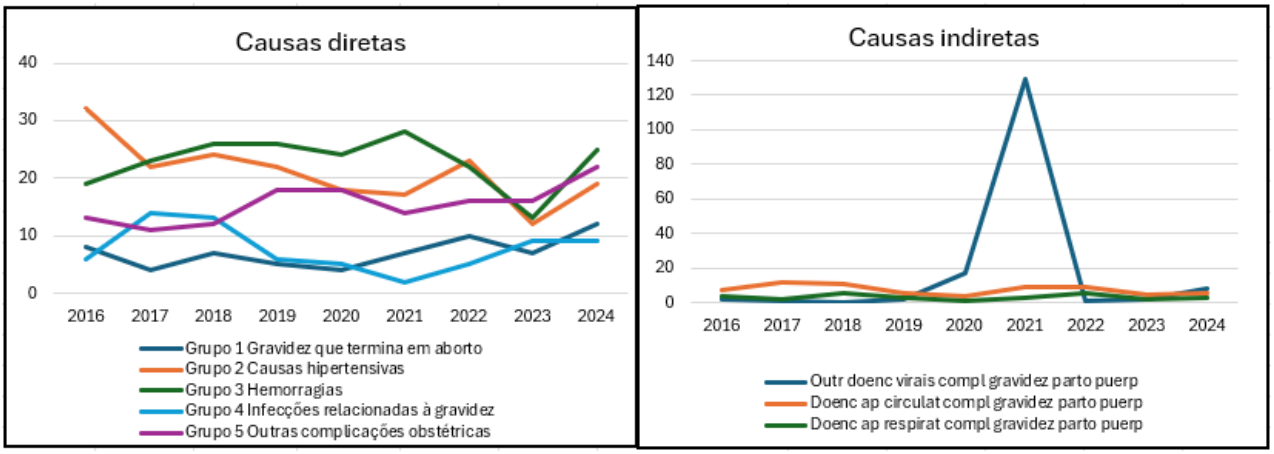
O244 Diabetes mellitus que surge durante a gravidez	0	1	0
O266 Transtornos do fígado na gravidez, no parto e no puerpério	1	3	2
O269 Afecções ligadas a gravidez, não especificadas	1	0	0
O754 Outras complicações de procedimentos ou de cirurgia obstétrica	2	2	6
O758 Outras complicações especificadas do trabalho de parto e do parto	0	0	1
O759 Complicações do trabalho de parto e do parto, não especificadas	0	0	2
O881 Embolia Amniótica	1	3	0
O882 Embolia Obstétrica por coágulo de sangue	5	2	4
O871 Tromboflebite profunda no puerpério	0	0	1
O873 Trombose venosa cerebral no puerpério	1	0	0
O888 Outras embolias de origem obstétrica	1	2	1
O909 Complicação do puerpério não especificada	0	2	0
O903 Cardiomiopatia no puerpério	3	0	4
Grupo 6 Complicações não antecipadas (relacionadas à anestesia)	**0**	**0**	**1**
O899 Complicação devida à anestesia, durante o puerpério, não especificada	0	0	1
Causas indiretas Grupo 7 Complicações não obstétricas	**27**	**18**	**25**
O100 Hipertensão essencial pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério	2	0	0
O101 Doença cardíaca hipertensiva pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério	0	0	1
O240 Diabetes mellitus pré-existente, insulino-dependente durante a gravidez, parto ou puerpério	1	0	1
O980 Tuberculose complicando a gravidez, o parto e o puerpério.	1	0	0
O985 Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério	1	2	8
O986 Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério	1	0	0
O988 Afecções especificadas da pele e do tecido subcutâneo	0	1	0
O990 Anemia complicando a gravidez, o parto e o puerpério	0	1	1
O992 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas complicando a gravidez, o parto e o puerpério	2	0	0
O993 Transtornos mentais e doenças do sistema nervoso complicando a gravidez, o parto e o puerpério	1	1	0
O994 Doenças do aparelho circulatório que complicam a gravidez, o parto e o puerpério.	9	5	6
O995 Doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, o parto e o puerpério	6	2	3
O996 Doenças do aparelho digestivo que complicam a gravidez, o parto e o puerpério	2	3	2
O998 Outras doenças e afecções especificadas complicando a gravidez, o parto e o puerpério	1	3	2
Grupo 8 Causas desconhecidas	**6**	**7**	**4**

O95 Morte obstétrica de causa não especificada	6	7	4
Outros*	0	**9**	**4**
B207 Doença pelo HIV resultando em infecções múltiplas	0	1	0
O421 Ruptura prematura de membranas, com início do trabalho de parto depois das primeiras 24 horas	0	1	0
O438 Outros transtornos da placenta	0	2	1
O440 Placenta prévia especificada com ou sem hemorragia	0	1	0
O62 Anormalidades da contração uterina	0	3	3
O878 Outras complicações venosas no puerpério	0	1	0
TOTAL	116	91	122

Fonte: Painel Temático da Mortalidade Materna, com dados atualizados em 04/05/2026 e base SIM atualizada em 11/04/2026, portanto sujeitos a alterações e revisões.

*Outros: Lista tabular de códigos do Capítulo XV que descrevem condições que provavelmente não causam a morte, mas que podem ter contribuído para o óbito (condição contribuinte). Os códigos deste bloco não deveriam ser selecionados como causa básica da morte. Fonte: https://iris.who.int/items/c0e49283-0984-4e26-9629-8d75c0e7d139

GRÁFICO 22 - Principais causas de morte materna. Minas Gerais, 2016 a 2024.



Fonte: SIM e SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (Tabnet MG). Dados de 2013 a 2023 atualizados em 29 de setembro de 2025; dados de 2024 e 2025 atualizados em 2 de março de 2026, estando sujeitos a alterações e revisões. Para 2024, utilizou-se o Painel Temático da Mortalidade Materna, com dados atualizados em 04/05/2026 e base SIM atualizada em 11/04/2026, igualmente sujeitos a alterações e revisões.

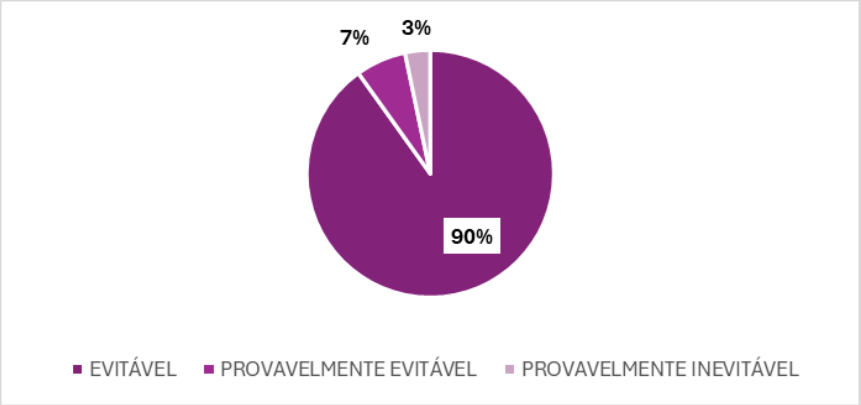
5.6 Evitabilidade

A análise da **evitabilidade dos óbitos obstétricos** permite identificar oportunidades de prevenção e qualificação da assistência.

Em 2024, entre os óbitos obstétricos analisados em Minas Gerais, **90%** foram classificados como **evitáveis**, **7%** como **provavelmente evitáveis** e **3%** como

provavelmente inevitáveis. O predomínio de óbitos evitáveis reforça a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância, prevenção e qualificação da assistência materna.

GRÁFICO 23 - Classificação da evitabilidade dos óbitos obstétricos – Minas Gerais, 2024.



Fonte: Planilha estadual de vigilância dos óbitos maternos, 2024, CEPMMIF-MG.

6. Mortalidade Infantil - 2024

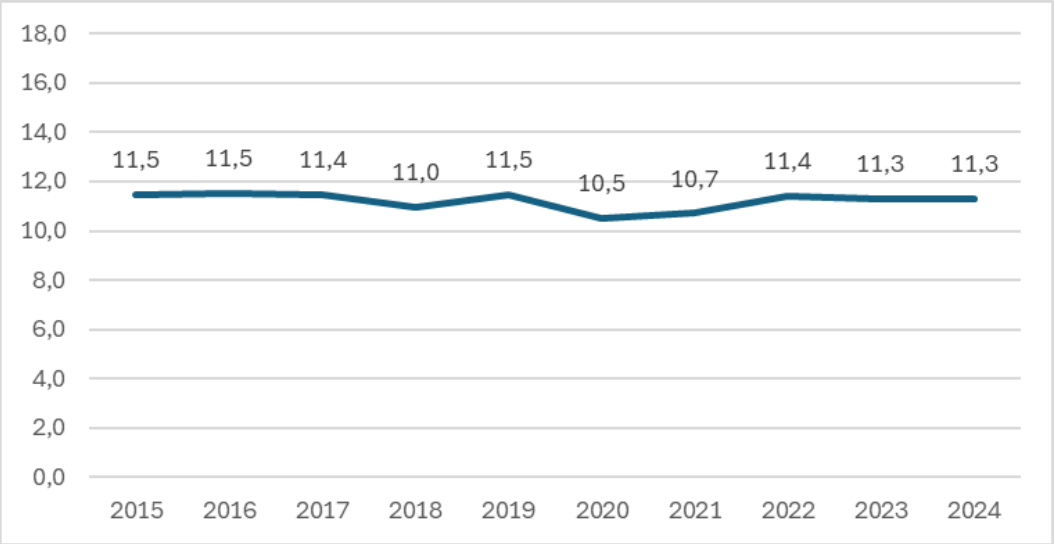
A mortalidade infantil é analisada como indicador-síntese das condições sociais, da qualidade do pré-natal, da assistência ao parto, do cuidado neonatal e do acompanhamento da criança no primeiro ano de vida. Em Minas Gerais, sua distribuição em 2024 reafirma a relevância das condições perinatais e das desigualdades sociais na determinação desses desfechos.

6.1 Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)

A **Taxa de Mortalidade Infantil** em Minas Gerais deve ser interpretada como expressão tanto das condições de vida da população quanto da capacidade de resposta da rede de atenção à saúde da mulher e da criança. Sua evolução recente reforça a necessidade de monitoramento contínuo dos componentes da mortalidade infantil e da qualificação das ações de prevenção e assistência ao longo da gestação, do parto, do nascimento e do primeiro ano de vida. A análise territorial detalhada desses indicadores é apresentada no Capítulo 9.

Em 2024, foram registrados 2.484 óbitos em crianças menores de um ano de idade.

GRÁFICO 24 – Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 NV) – Minas Gerais, 2015-2024.

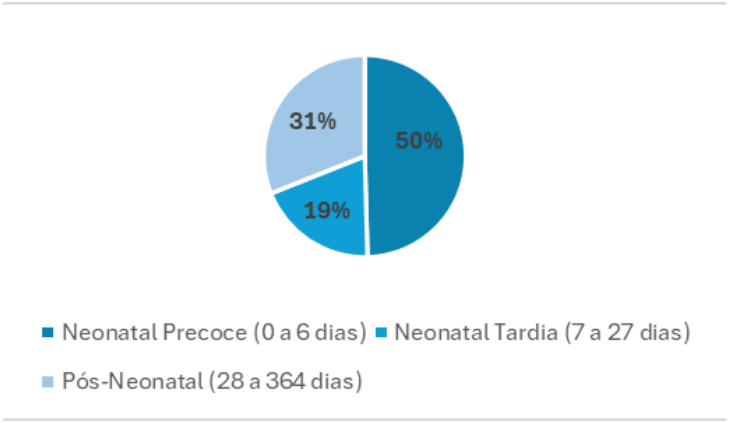


Fonte: SIM e SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Nota: Dados de 2006 a 2022 atualizados em 29 de setembro de 2025. Dados de 2023 a 2025 atualizados em 2 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

6.2 Componentes da mortalidade infantil

A distribuição dos **óbitos infantis segundo componentes** evidencia o peso do período neonatal, que respondeu por 69% dos óbitos infantis em 2024, sendo 50% no componente neonatal precoce e 19% no neonatal tardio. O componente pós-neonatal correspondeu a 31% dos óbitos. Esse padrão reforça a centralidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e do cuidado neonatal oportuno e qualificado na prevenção desses desfechos, sem afastar a importância do seguimento da criança após a alta, especialmente nos contextos de maior vulnerabilidade clínica e social.

GRÁFICO 25 – Proporção dos óbitos infantis segundo componentes. Minas Gerais, 2024.



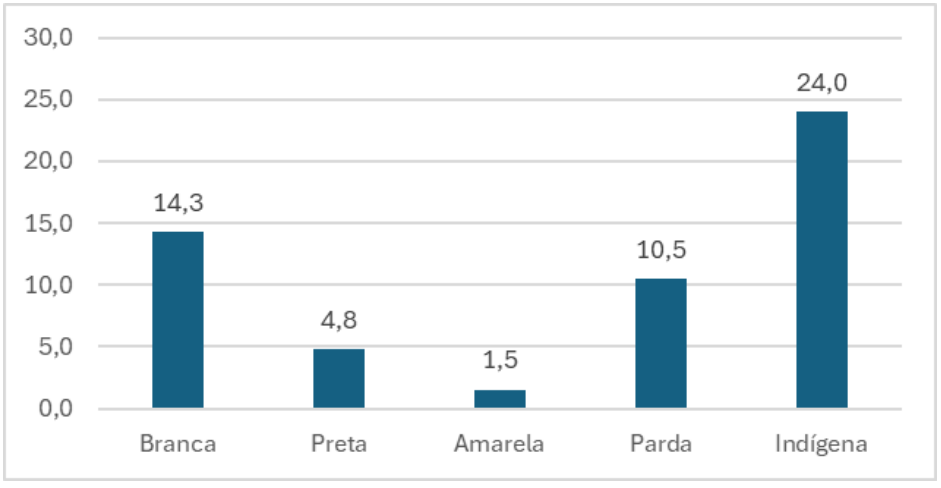
Fonte: SIM e SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG (TABNET MG) com dados atualizados em 19 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

6.3 Perfil dos Óbitos Infantis

O perfil da mortalidade infantil em 2024 evidencia desigualdades importantes segundo raça/cor, escolaridade materna e idade da mãe.

Segundo raça/cor, observou-se maior taxa entre crianças indígenas (24,0 por 1.000 nascidos vivos), seguida das crianças brancas (14,3) e pardas (10,5), enquanto os menores valores foram registrados entre pretas (4,8) e amarelas (1,5).

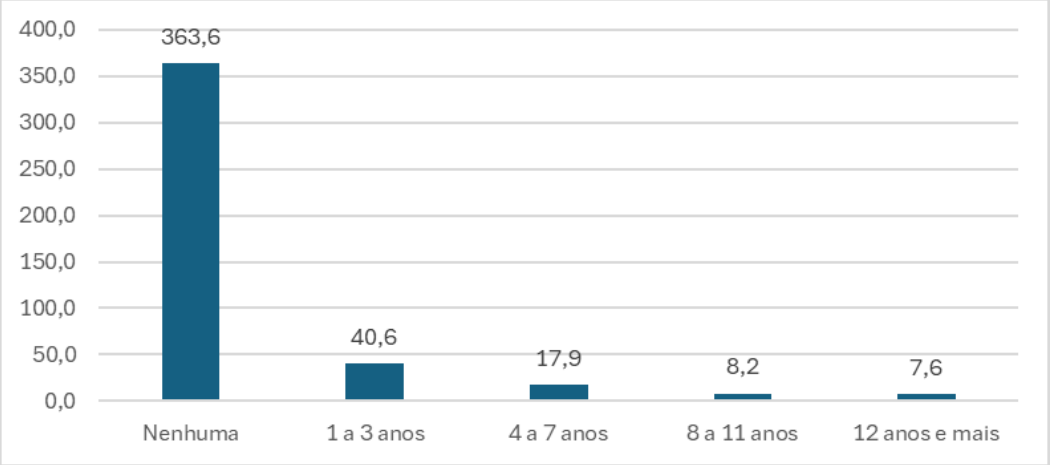
GRÁFICO 26 – Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos) segundo Raça/Cor. Minas Gerais, 2024.



Fonte: SIM e SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG (TABNET MG) com dados atualizados em 19 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Em relação à **escolaridade materna**, verificou-se gradiente acentuado, com taxa de 363,6 por 1.000 nascidos vivos entre mães sem escolaridade, reduzindo-se progressivamente até 7,6 entre aquelas com 12 anos ou mais de estudo.

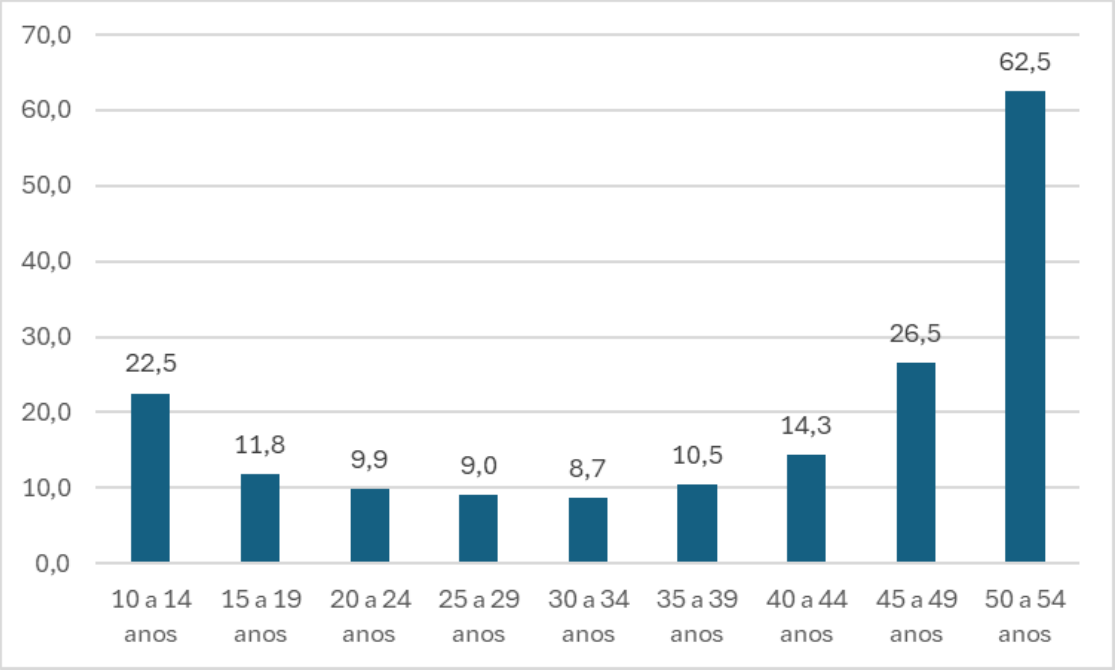
GRÁFICO 27 – Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos) segundo escolaridade da mãe. Minas Gerais, 2024.



Fonte: SIM e SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG (TABNET MG) com dados atualizados em 19 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Segundo **idade materna**, os maiores valores foram observados nos extremos, com 62,5 por 1.000 nascidos vivos entre mulheres de 50 a 54 anos, 26,5 entre 45 e 49 anos e 22,5 entre adolescentes de 10 a 14 anos.

GRÁFICO 28 – Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos) segundo idade da mãe. Minas Gerais, 2024.



Fonte: SIM e SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG (TABNET MG) com dados atualizados em 19 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Essas diferenças reforçam que a mortalidade infantil não se distribui de forma homogênea na população, concentrando maior risco em grupos socialmente mais vulnerabilizados e reafirmando a necessidade de estratégias orientadas pela equidade, com fortalecimento da atenção pré-natal, do cuidado ao parto e nascimento e do acompanhamento das crianças em contextos de maior vulnerabilidade. Nos grupos com menor número absoluto de nascidos vivos, especialmente nos extremos de idade materna e em algumas categorias de raça/cor, as taxas devem ser interpretadas com cautela, considerando a maior sensibilidade do indicador a pequenas variações numéricas.

6.4 Principais Causas

A distribuição das principais causas de óbito infantil em 2024 evidencia o predomínio das afecções originadas no período perinatal, especialmente nos componentes neonatal precoce e neonatal tardio. No **componente neonatal precoce, destacaram-se 926 óbitos** por afecções perinatais e 279 por malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. No componente neonatal tardio, observaram-se 315 óbitos por afecções perinatais e 135 por malformações

congênitas.

No componente pós-neonatal, mantiveram-se como principais grupos as malformações congênitas, com 216 óbitos, seguidas das afecções originadas no período perinatal (137) e das doenças do aparelho respiratório (117).

No componente neonatal precoce, entre as afecções perinatais, sobressaíram os óbitos de feto e recém-nascido afetados por fatores maternos (314) e os relacionados ao desconforto respiratório do recém-nascido (124). No neonatal tardio, além dos óbitos relacionados a fatores maternos (82), destacou-se a septicemia bacteriana do recém-nascido (81). No componente pós-neonatal, entre as malformações congênitas, tiveram maior peso as malformações congênitas do coração (93).

Esse padrão reafirma a centralidade das condições relacionadas à gestação, ao parto, ao nascimento e à adaptação do recém-nascido à vida extrauterina na determinação da mortalidade infantil, especialmente nos períodos neonatais. Ao mesmo tempo, evidencia a importância do diagnóstico oportuno e da organização da rede para atenção às malformações congênitas, bem como do cuidado continuado no primeiro ano de vida, particularmente diante das doenças respiratórias e de outras condições clínicas que ganham maior relevância no componente pós-neonatal. Destaca-se que em 2025, a SES-MG implantou a Rede Especializada de Medicina Fetal, que se encontra em fase de adequação.

TABELA 5 - Distribuição dos principais grupos de causas de óbitos infantis, segundo componente. Minas Gerais, 2024.

Lista Mort CID-10	N
Neonatal precoce	
Algumas afecções originadas no período perinatal	**926**
. Feto e recém-nascido afetados por fatores matern	314
. Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-	124
. Restante das afecções perinatais	130
Malformações congênitas, deformidades e anomalias	**279**
. Outras malformações congênitas do sistema nervos	30
. Malformações congênitas do coração	58
. Outras malformações congênitas	150
Neonatal tardio	
Algumas afecções originadas no período perinatal	315
. Feto e recém-nascido afetados por fatores matern	82

. Septicemia bacteriana do recém-nascido	81
. Restante das afecções perinatais	78
Malformações congênitas, deformidades e anomalias	135
. Malformações congênitas do coração	64
. Outras malformações congênitas	37
Pós-neonatal	
Malformações congênitas, deformidades e anomalias	216
. Malformações congênitas do coração	93
Algumas afecções originadas no período perinatal	137
. Feto e recém-nascido afetados por fatores matern	27
Doenças do aparelho respiratório	117

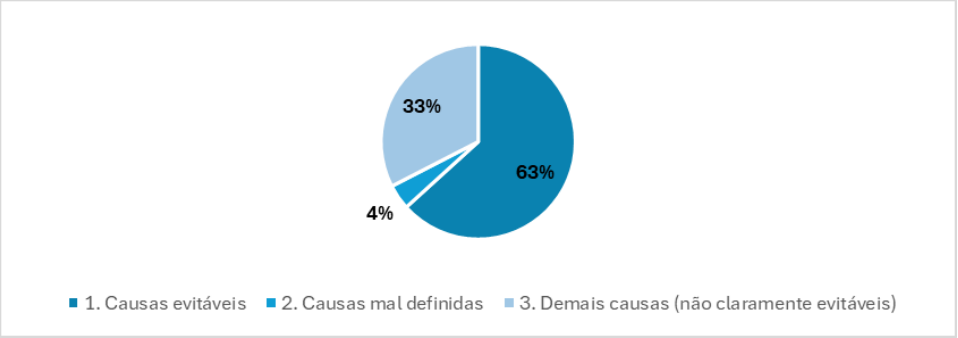
Fonte: SIM e SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG (TABNET MG) com dados atualizados em 19 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

6.5 Evitabilidade

A análise da **evitabilidade dos óbitos infantis** permite identificar oportunidades de prevenção e qualificação da assistência em diferentes momentos da linha de cuidado, desde o pré-natal até o acompanhamento da criança após o nascimento.

Em 2024, predominaram as causas evitáveis, que corresponderam a 63% dos óbitos infantis, enquanto 33% foram classificados como demais causas não claramente evitáveis e 4% como causas mal definidas. Esse padrão indica importante potencial de prevenção e reforça a necessidade de fortalecimento das ações assistenciais e de vigilância voltadas à redução da mortalidade infantil.

GRÁFICO 29 – Mortalidade Infantil segundo evitabilidade do óbito – Minas Gerais, 2024.

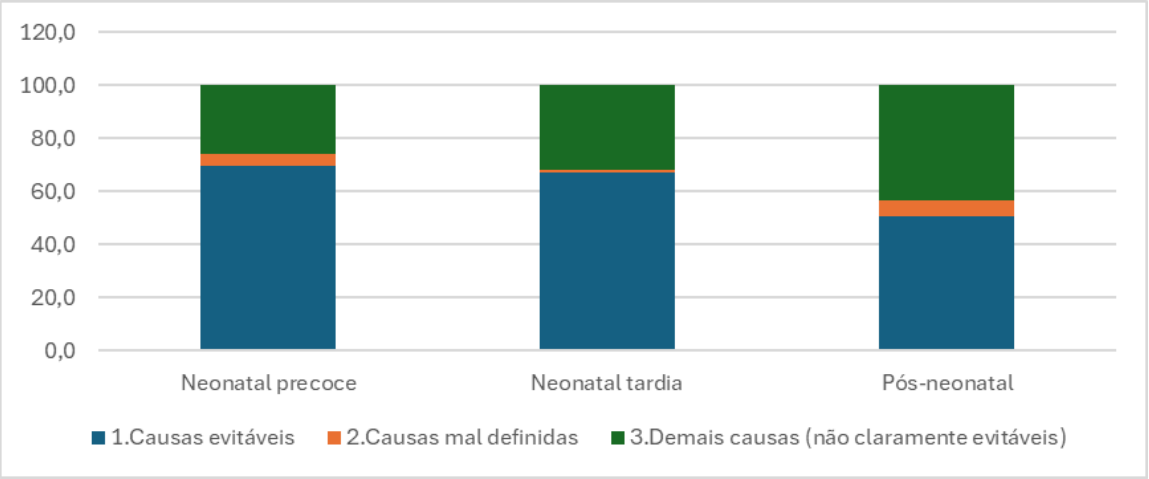


Fonte: SIM e SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG (TABNET MG) com dados atualizados em 19 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Quando analisada segundo **componentes**, a participação dos óbitos evitáveis

manteve-se mais elevada nos componentes neonatal precoce e neonatal tardio, embora também permaneça relevante no pós-neonatal. Em contrapartida, no componente pós-neonatal observou-se maior participação relativa das demais causas não claramente evitáveis e das causas mal definidas, indicando a necessidade de qualificar tanto a assistência quanto a investigação desses eventos.

GRÁFICO 30 – Classificação da evitabilidade do óbito infantil, segundo componentes – Minas Gerais, 2024.

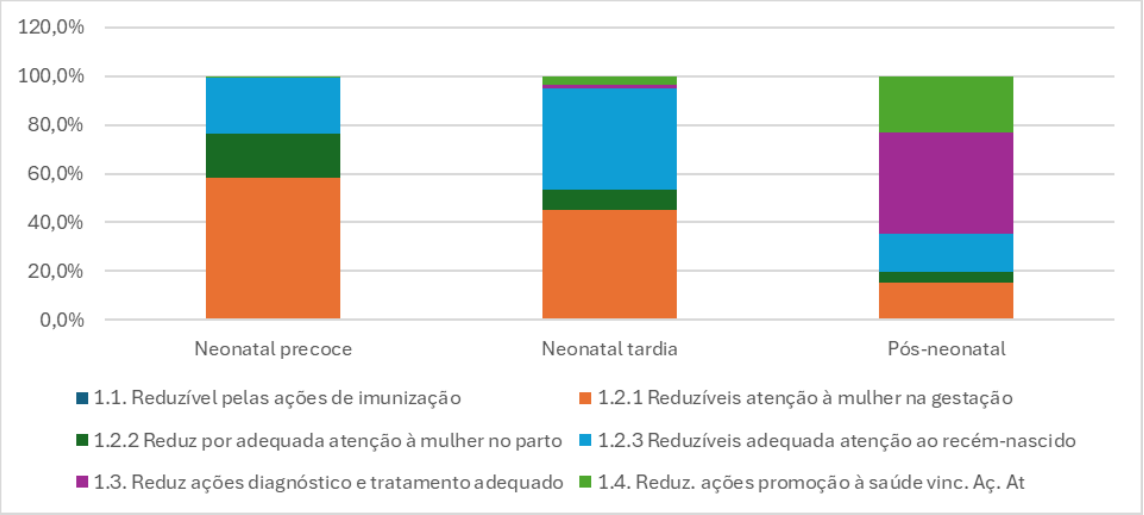


Fonte: SIM e SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG (TABNET MG) com dados atualizados em 19 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Ao se observar a distribuição dos **óbitos evitáveis por componente**, verifica-se que, no neonatal precoce, predominaram aqueles redutíveis por adequada atenção à mulher na gestação, seguidos dos relacionados à adequada atenção ao recém-nascido e à adequada atenção à mulher no parto. No neonatal tardio, mantiveram-se como mais frequentes os óbitos redutíveis por adequada atenção à mulher na gestação e ao recém-nascido. Já no componente pós-neonatal, ganharam maior relevância os óbitos redutíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequados, seguidos daqueles reduzíveis por ações de promoção à saúde vinculadas à atenção.

Em conjunto, esses achados reforçam que a prevenção da mortalidade infantil depende da qualificação do cuidado em diferentes momentos da linha assistencial, desde o pré-natal e a assistência ao parto e nascimento até o cuidado neonatal, o acompanhamento da criança e o acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento no primeiro ano de vida.

GRÁFICO 31 – Distribuição dos óbitos infantis evitáveis, por componentes da Mortalidade Infantil – Minas Gerais, 2024.



Fonte: SIM e SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG (TABNET MG) com dados atualizados em 19 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

7. Mortalidade Fetal - 2024

A mortalidade fetal é analisada como evento sensível à qualidade do pré-natal, da assistência obstétrica e da vigilância em saúde. Em Minas Gerais, sua distribuição em 2024 reafirma a relevância das condições maternas, das complicações da gestação e do parto e da qualificação da investigação desses óbitos para a compreensão dos fatores envolvidos e o direcionamento das ações de prevenção.

7.1 Taxa de Mortalidade Fetal

A análise da mortalidade fetal em Minas Gerais evidencia redução do número absoluto de óbitos ao longo da série recente, passando de 3.020 óbitos em 2015 para **2.218 em 2024**. Embora essa tendência seja favorável, sua interpretação deve considerar a persistência de fatores relacionados à qualidade do pré-natal, ao manejo das gestações de risco e à assistência ao parto.

TABELA 6 - Número de óbitos fetais - Minas Gerais, 2015-2024.

Ano do Óbito	Frequência
2015	3020
2016	2759
2017	2773
2018	2702
2019	2614
2020	2544
2021	2560
2022	2434
2023	2347
2024	2218

Fonte: SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Dados de 2006 a 2022 atualizados em 29 de setembro de 2025. Dados de 2023 a 2025 atualizados em 2 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

7.2 Duração da Gestação

Em 2024, os óbitos fetais concentraram-se nas gestações com 22 a 27 semanas (496 óbitos; 22,4%) e 32 a 36 semanas (492; 22,2%), seguidas pelas ocorrências com menos de 22 semanas (388; 17,5%) e entre 37 e 41 semanas (356; 16,1%). Também foram registrados 321 óbitos entre 28 e 31 semanas (14,5%). Esse padrão demonstra que **a mortalidade fetal se distribui em diferentes momentos da gestação**, com peso importante tanto da prematuridade quanto de perdas fetais em idades gestacionais mais avançadas, reforçando a necessidade de qualificação do acompanhamento pré-natal, da identificação oportuna de riscos e da assistência obstétrica no final da gestação e no parto.

TABELA 7 - Frequência de óbitos fetais, segundo a duração da gestação. Minas Gerais, 2024.

Duração gestação	Frequência	%
Menos de 22 semanas	388	17,5
22 a 27 semanas	496	22,4
28 a 31 semanas	321	14,5
32 a 36 semanas	492	22,2
37 a 41 semanas	356	16,1
Ignorado ou não informado	165	7,4
Total	2218	100,0

Fonte: SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG (TABNET MG) com dados atualizados em 2 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

7.3 Principais Causas

Em 2024, destacou-se como principal **grupo de causa** a morte fetal de causa não especificada (P95), com 590 óbitos, seguida dos óbitos em que o feto e o recém-nascido foram afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas (P02), com 378 óbitos, e daqueles relacionados a afecções maternas não obrigatoriamente relacionadas à gravidez atual (P00), com 361 óbitos. Também apresentaram participação relevante a hipóxia intrauterina (P20), com 239 óbitos, e as situações em que o feto e o recém-nascido foram afetados por complicações maternas da gravidez (P01), com 150 óbitos. Entre as causas malformativas, destacaram-se as outras malformações congênitas não especificadas em outra parte (Q89), com 73 óbitos.

O **predomínio de morte fetal de causa não especificada** constitui achado particularmente relevante e aponta para limites importantes na qualificação diagnóstica e na investigação desses óbitos. A expressiva participação desse grupo reduz a capacidade analítica da vigilância, dificulta a identificação mais precisa dos fatores determinantes e limita o direcionamento de medidas preventivas e assistenciais mais específicas.

Ao mesmo tempo, o peso das causas relacionadas a complicações placentárias, condições maternas e hipóxia intrauterina reforça a importância do cuidado pré-natal e obstétrico, especialmente no monitoramento das gestações de maior risco, na identificação oportuna de intercorrências e na condução adequada do parto.

Em conjunto, esses achados evidenciam a necessidade de qualificar simultaneamente a assistência e a investigação dos óbitos fetais, de modo a ampliar a precisão das causas registradas e fortalecer a capacidade de resposta da rede.

TABELA 8 - Frequência de óbitos fetais por categoria da CID-10, Minas Gerais, 2024.

Categoria CID-10	Frequência
P95 Morte fetal de causa não especificada	590
P02 Feto recém-nascido afetados por complicações da plac cord umb membr	378
P00 Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual	361
P20 Hipoxia intrauterina	239
P01 Feto e rec-nasc afet complic maternas da gravidez	150
Q89 Outras malformações congen não especificadas em outra parte	73

Fonte: SIM/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG (TABNET MG) com dados atualizados em 2 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

8. Análise dos Casos pela Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG

Este capítulo apresenta a síntese dos principais achados decorrentes da **análise individual dos casos avaliados pela Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG em 2024**, com foco na identificação de padrões recorrentes, fragilidades na linha de cuidado e oportunidades de qualificação da atenção. Os dados aqui descritos complementam a análise epidemiológica apresentada nos capítulos anteriores.

Ressalta-se que a **Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG é constituída pelos membros natos do Comitê Estadual**, que correspondem às referências técnicas da SES-MG nas áreas da Coordenadoria Materno Infantil, da atenção hospitalar e de urgência e emergência, das ações especializadas, da atenção primária à saúde, da vigilância epidemiológica, da vigilância em serviços de saúde e da regulação de urgência e emergência.

Conforme relatado anteriormente, em 2024 foram analisados 103 casos pela Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG, e essa metodologia permitiu compreender os óbitos para além de sua expressão numérica, reconhecendo-os como eventos sentinela que revelam o funcionamento da rede de atenção, os limites do cuidado ofertado e os pontos críticos do percurso assistencial.

8.1 Padrões Recorrentes Identificados e Recomendações Prioritárias

A análise individual dos casos avaliados pela Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG permitiu identificar padrões recorrentes relacionados ao pré-natal, à estratificação de risco, ao encaminhamento para o Pré-Natal de Alto Risco, ao manejo de emergências obstétricas, à regulação do acesso e à continuidade do cuidado. Em conjunto, esses achados apontam fragilidades assistenciais e organizacionais que demandam respostas sistêmicas, não punitivas e orientadas à qualificação da rede.

QUADRO 1 - Padrões recorrentes identificados na análise dos casos de óbito materno e recomendações prioritárias em relação à linha de cuidado. Minas Gerais, 2024.

Eixo analisado	Padrões recorrentes identificados	Recomendações prioritárias
Pré-natal	Início tardio do acompanhamento, número insuficiente de consultas e falhas na identificação oportuna de riscos durante o seguimento gestacional.	Fortalecer a captação precoce da gestante, qualificar a assistência do pré-natal e ampliar o monitoramento das gestantes em situação de maior risco.
Estratificação de risco gestacional	Classificação inadequada ou ausente em parte dos casos, dificultando a identificação oportuna das gestantes que demandavam acompanhamento diferenciado.	Reforçar a estratificação de risco gestacional na Atenção Primária e nos demais pontos de atenção, com registro adequado e revisão periódica ao longo da gestação.
Encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR)	Encaminhamento tardio, ausência de encaminhamento, não efetivação do acesso e descontinuidade do seguimento especializado.	Fortalecer os fluxos de referência e contrarreferência, com monitoramento do acesso ao PNAR e maior articulação entre Atenção Primária, Especializada e Hospitalar.
Manejo de emergências obstétricas	Fragilidades no reconhecimento precoce da gravidade clínica e no manejo oportuno de emergências hipertensivas, hemorrágicas e infecciosas.	Ampliar a educação permanente das equipes, fortalecer protocolos assistenciais e qualificar a prontidão institucional para resposta às urgências e emergências obstétricas.
Regulação e transporte	Dificuldades na regulação do acesso, demora em transferências, fragilidades no transporte sanitário e desarticulação entre os serviços.	Aprimorar os fluxos regulatórios, a comunicação entre os pontos de atenção e os mecanismos de transferência oportuna para serviços de maior complexidade.
Puerpério e	Seguimento insuficiente no pós-	Reforçar a vigilância e a assistência no

continuidade do cuidado	parto e descontinuidade da vigilância clínica após a alta, especialmente em mulheres com maior risco.	puerpério, com ênfase nos primeiros dias após o parto e no seguimento das condições identificadas durante a gestação.

Fonte: Elaboração própria, a partir da planilha estadual de vigilância dos óbitos maternos, 2024, CEPMMIF-MG.

Para além das fragilidades identificadas na linha de cuidado, a análise dos casos também evidenciou limitações relevantes no processo de vigilância do óbito, com repercussões sobre a oportunidade, a completude e a qualidade das informações utilizadas para análise e monitoramento dos casos.

Fragilidades relacionadas à Vigilância do óbito

A demora no recebimento dos Relatórios Executivos de Óbitos Maternos, bem como a ausência de envio por parte de algumas URS, compromete o acompanhamento oportuno dos casos e dificulta a adoção de medidas de análise, monitoramento e prevenção de novos óbitos.

Em 2024, quatro óbitos maternos declarados não foram investigados no módulo de investigação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A investigação epidemiológica, aliada ao encaminhamento dos casos para análise nos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, é fundamental para a identificação dos fatores determinantes - assistenciais, sociais e estruturais - relacionados aos óbitos. A não realização dessas investigações, bem como a ausência de análise pelos comitês, compromete a qualidade da vigilância em saúde, fragiliza o monitoramento contínuo e limita a capacidade de resposta oportuna dos serviços. Além disso, representa perda significativa da oportunidade de identificar causas evitáveis e propor intervenções efetivas, com impacto negativo no planejamento de ações voltadas à redução da mortalidade materna.

Também foram identificadas fragilidades na qualificação das informações referentes às Declarações de Óbito (DO) investigadas no SIM. Os dados levantados pela investigação, que qualificam campos da DO, devem constar na ficha-síntese do módulo de investigação do SIM e na DO investigada. Chamamos a atenção para alguns campos especialmente relevantes, como escolaridade, raça/cor, estado civil, ocupação, campos 43/44 (momento do óbito/mulher em idade fértil), além da adequada codificação das causas de morte no campo 49. A inconsistência e a incompletude dos dados registrados no sistema prejudicam a confiabilidade das informações, impactando diretamente a análise epidemiológica, a tomada de decisão e o planejamento de ações de saúde voltadas à redução da mortalidade materna.

8.2 Correlação entre os grupos de causas e os aspectos assistenciais relacionados segundo os 10 passos para redução da mortalidade materna

Os **10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna**, propostos pela Fiocruz, pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, pela ABENFO e pela FEBRASGO (2024), constituem um referencial prático para qualificação da linha de cuidado materna, com ênfase na qualidade do pré-natal, na identificação precoce de riscos, no manejo oportuno das principais emergências obstétricas, na redução de cesarianas desnecessárias e na vigilância do puerpério.

Para fins analíticos, os grupos de causas de morte materna no triênio 2022–2024 foram correlacionados com esses eixos prioritários, buscando identificar convergências entre o perfil epidemiológico observado e os aspectos assistenciais relacionados. Trata-se de uma análise dos óbitos que, **embora não estabeleça relação causal direta, contribui para identificar áreas prioritárias de intervenção na rede.**

No triênio, observou-se concentração persistente dos óbitos maternos em quatro grupos principais: **complicações não obstétricas (Grupo 7)**, **hemorragia obstétrica (Grupo 3)**, **transtornos hipertensivos (Grupo 2)** e **outras complicações obstétricas (Grupo 5)**. As complicações não obstétricas mantiveram-se como o principal grupo no período (27 → 18 → 27), seguidas por crescimento das hemorragias (22 → 13 → 25) e manutenção dos transtornos hipertensivos em patamar elevado (23 → 12 → 20). As outras complicações obstétricas permaneceram relevantes em todo o triênio (16 → 16 → 21). Também se observou aumento dos óbitos relacionados à gravidez que termina em aborto (10 → 7 → 12) e redução dos casos classificados como desconhecidos ou indeterminados (6 → 7 → 4), sugerindo melhora da investigação e da qualificação da causa básica.

QUADRO 2 - Correlação entre os grupos de causas de morte materna, os aspectos assistenciais relacionados e os 10 passos para redução da morbimortalidade materna. Minas Gerais, 2022–2024.

Grupo de causa	Frequência de óbitos no triênio (2022-2024)	Aspectos assistenciais relacionados	Passos mais relacionados
Grupo 1 – Gravidez que termina em aborto	10 → 7 → 12	acolhimento inicial, identificação precoce de sinais de gravidade e manejo oportuno de hemorragia e infecção, além do seguimento após o evento	1, 4, 7, 8, 10
Grupo 2 – Transtornos hipertensivos na gravidez, parto ou puerpério	23 → 12 → 19	rastreio adequado, estratificação de risco, reconhecimento precoce da gravidade e da resposta clínica padronizada às síndromes hipertensivas	2, 4, 5, 6,10
Grupo 3 – Hemorragia obstétrica	22 → 13 → 25	protocolos de resposta rápida, prontidão assistencial, treinamento das equipes e vigilância no pós-parto, especialmente diante dos quadros hemorrágicos graves	4, 5, 8, 9, 10
Grupo 4 – Infecção relacionada à gravidez	5 → 9 → 9	triagem oportuna de infecções, reconhecimento precoce de deterioração clínica, tratamento adequado e vigilância no puerpério	3, 4, 5, 7, 10
Grupo 5 – Outras complicações obstétricas	16 → 16 → 21	atrasos diagnósticos e terapêuticos, condução clínica heterogênea, dificuldades na coordenação do cuidado e fragilidades no seguimento puerperal	4, 5, 9, 10
Grupo 6 – Complicações	0 → 0 → 1	manter vigilância	4, 5

imprevistas		clínica, preparo das equipes e capacidade de resposta para eventos agudos inesperados	
Grupo 7 – Complicações não obstétricas	27 → 18 → 27	cuidado da gestante com comorbidades e condições clínicas associadas, maior integração entre pré-natal, atenção especializada, suporte hospitalar e seguimento no puerpério	1, 4, 5, 10
Grupo 8 – Desconhecido/Indeterminado	6 → 7 → 4	melhora da investigação e da qualificação da causa básica, aprimoramento da revisão de prontuários e do encerramento dos casos	1, 10

Fonte: Elaboração própria, a partir da planilha estadual de vigilância dos óbitos maternos, 2022 a 2024, CEPMMIF-MG.

No triênio, a correlação entre os grupos de causas e os 10 passos evidencia três eixos prioritários de qualificação da assistência:

- o reconhecimento e tratamento oportuno das emergências obstétricas, especialmente hemorragias e síndromes hipertensivas;
- o fortalecimento da vigilância e da assistência no pré-natal e puerpério;
- a ampliação da capacidade da rede para o cuidado das gestantes com condições clínicas associadas.

Esse padrão é coerente com a elevada proporção de óbitos evitáveis observada no estado e reforça a necessidade de intervenções sistêmicas, articuladas e orientadas para os pontos mais críticos da linha de cuidado materna.

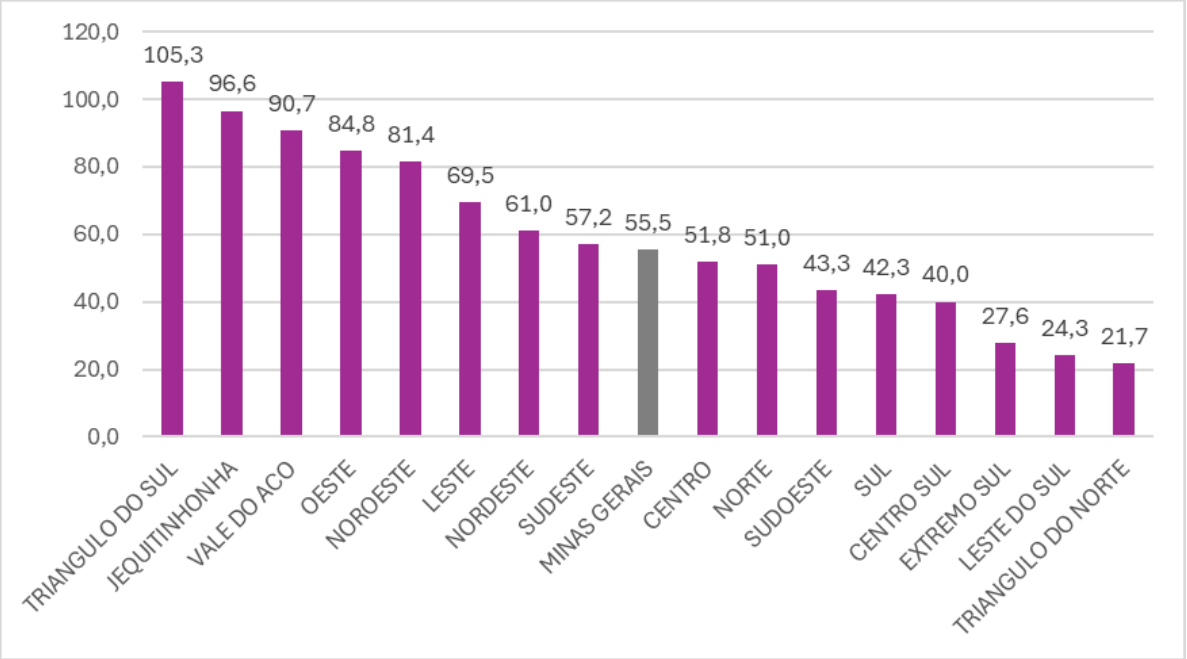
9. Análise Territorial: Organização da Rede e Capilaridade das Ações

A análise territorial busca compreender a distribuição dos óbitos maternos, infantis e fetais segundo a organização da Rede de Atenção nos diferentes territórios do estado. Para além da comparação de indicadores, este capítulo examina a heterogeneidade regional dos resultados e sua relação com a capacidade de resposta da rede, a articulação entre os níveis de atenção e o grau de consolidação das ações assistenciais nos territórios.

A distribuição territorial dos indicadores evidencia que a mortalidade materna, infantil e fetal não se distribui de forma homogênea no território mineiro. As diferenças observadas entre macrorregiões e URS sugerem distintos graus de organização da rede, acesso oportuno aos serviços, capacidade regulatória e resposta assistencial às situações de maior gravidade, em consonância com os padrões epidemiológicos e assistenciais descritos nos capítulos anteriores.

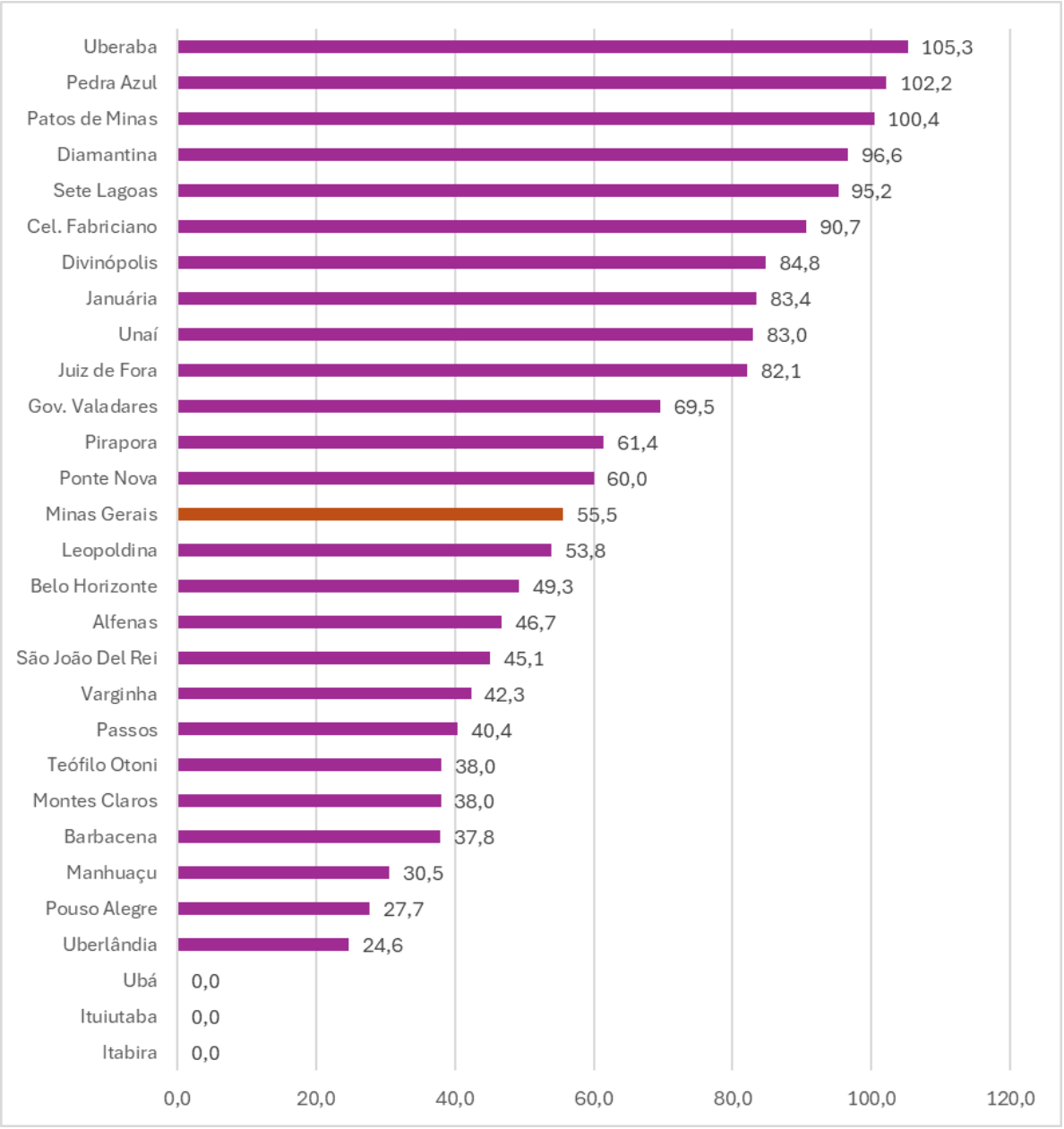
No caso da **mortalidade materna**, a interpretação das diferenças territoriais exige atenção especial, uma vez que a RMM é sensível a pequenas variações no número absoluto de óbitos e nascidos vivos. Ainda assim, a heterogeneidade observada reforça a importância de uma leitura regionalizada da atenção obstétrica, dos fluxos de referência e contrarreferência, da disponibilidade de serviços de maior complexidade e da capacidade de resposta às urgências e emergências maternas **(Gráfico 32 e 33).**

GRÁFICO 32 - Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) por macrorregião de saúde. Minas Gerais, 2024.



Fonte: Painel Temático da Mortalidade Materna, com dados atualizados em 04/05/2026 e base SIM atualizada em 11/04/2026, portanto sujeitos a alterações e revisões.

GRÁFICO 33 - Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) por Unidade Regional de Saúde. Minas Gerais, 2024.

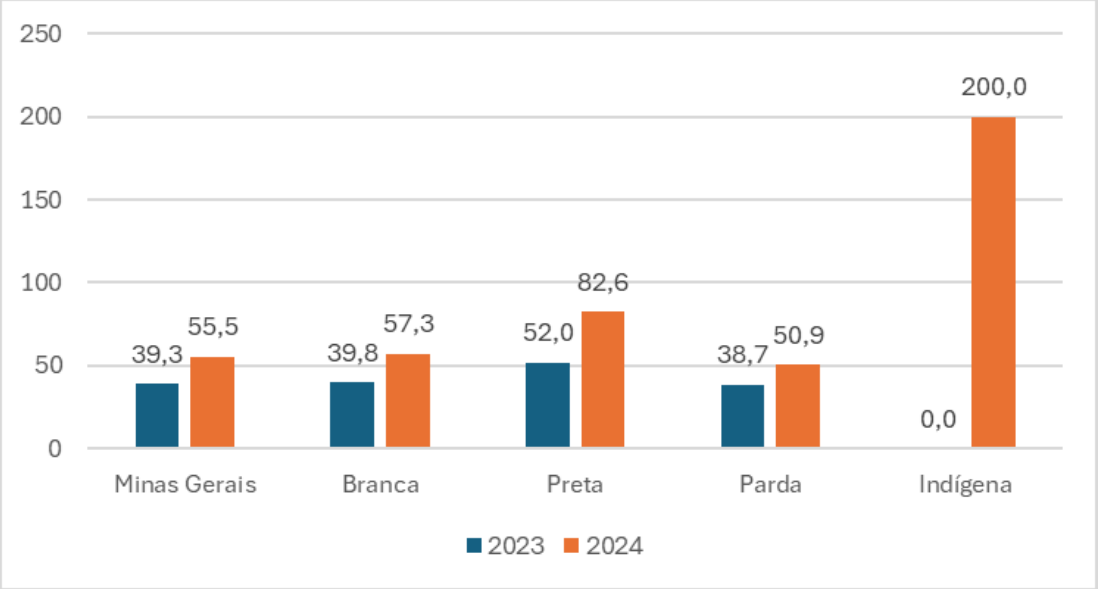


Fonte: Painel Temático da Mortalidade Materna, com dados atualizados em 04/05/2026 e base SIM atualizada em 11/04/2026, portanto sujeitos a alterações e revisões.

Na mortalidade materna, a elevação do número de óbitos entre 2023 e 2024, associada à persistência de desigualdades por raça/cor, reforça a necessidade de análise territorial e equitativa do indicador. A distribuição regional da RMM e sua variação recente devem ser interpretadas em articulação com a organização da rede, com a capacidade de resposta assistencial e com as vulnerabilidades sociais presentes nos territórios. O **Mapa 2** complementa essa leitura ao evidenciar a distribuição

territorial dos grupos de causas de morte materna nas macrorregiões de saúde, demonstrando diferentes combinações de vulnerabilidades assistenciais e clínicas no estado.

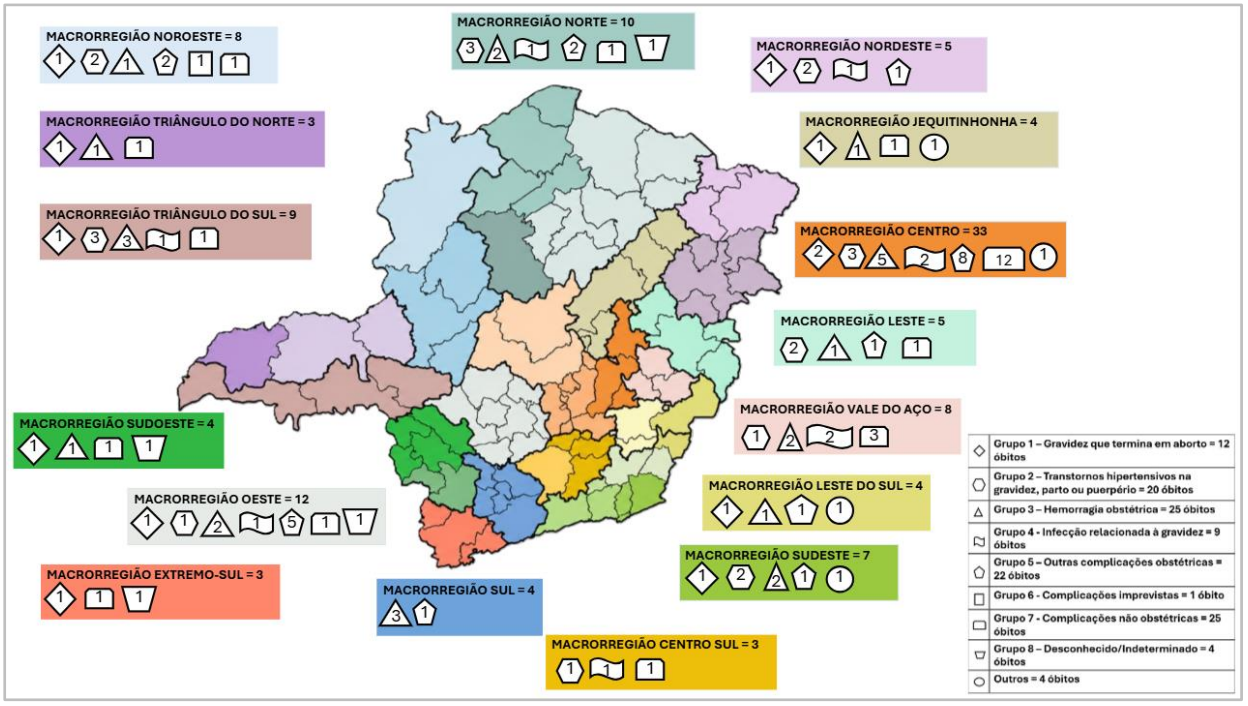
GRÁFICO 34 – Comparativo da Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil NV) segundo raça/cor. Minas Gerais, 2023-2024.



Número de óbitos MG: 92 (2023) 122 (2024)

Fonte: 2023: SIM, SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (Tabnet MG). 2024: Painel Temático da Mortalidade Materna, com dados atualizados em 04/05/2026 e base SIM atualizada em 11/04/2026, portanto sujeitos a alterações e revisões.

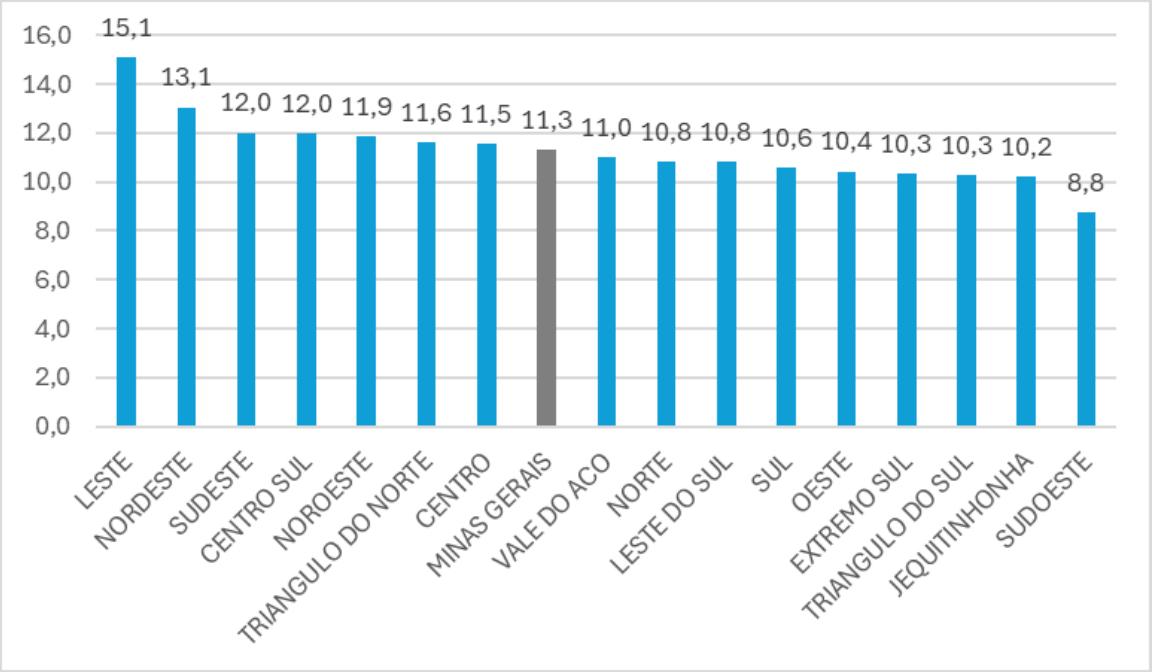
MAPA 2 - Distribuição territorial dos grupos de causas de morte materna por macrorregião de saúde - MG, 2024.



Fonte: Elaboração própria a partir do Painel Temático da Mortalidade Materna, com dados atualizados em 04/05/2026 e base SIM atualizada em 11/04/2026, portanto sujeitos a alterações e revisões.

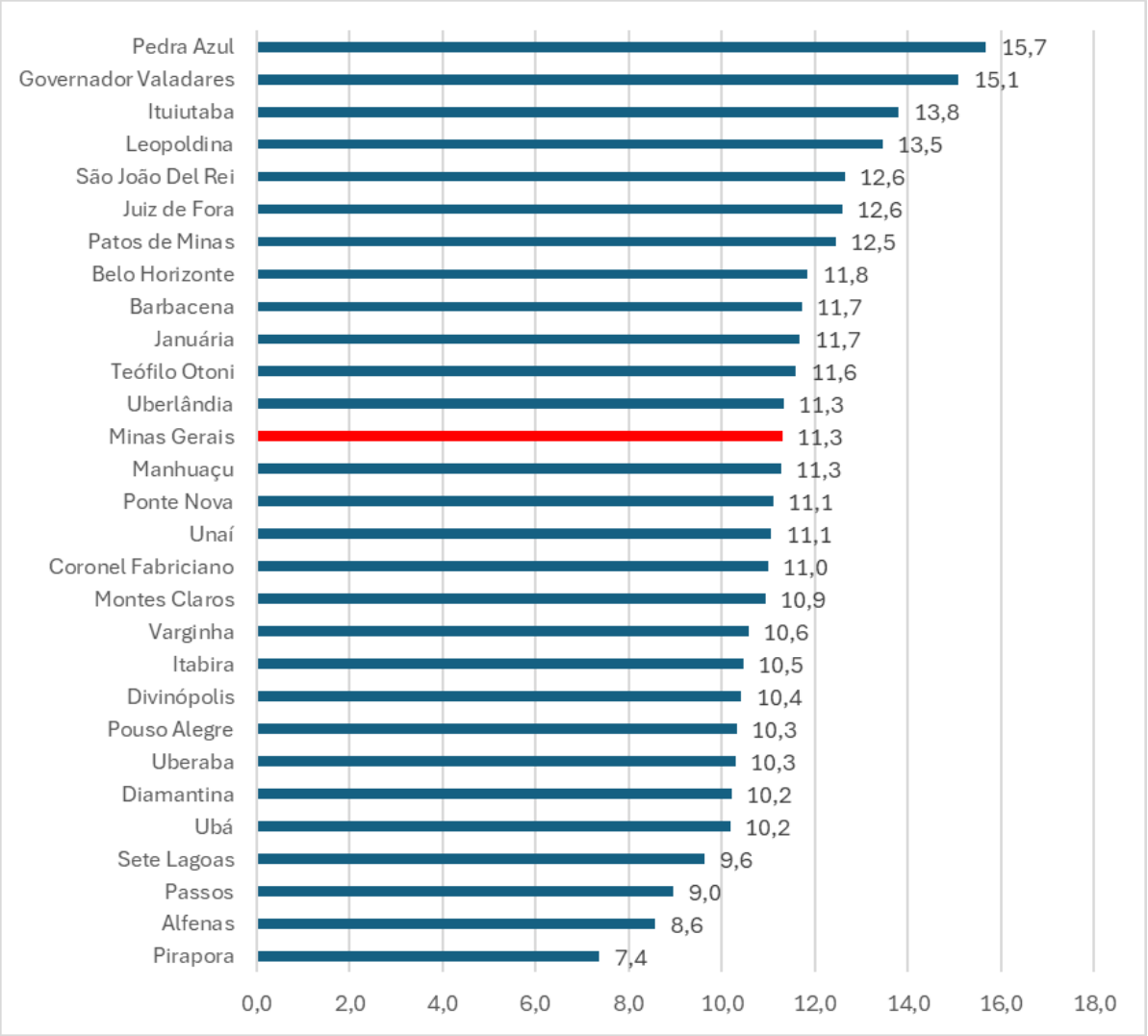
Na **mortalidade infantil**, as variações territoriais podem refletir diferenças na qualidade do pré-natal, da assistência ao parto, do cuidado neonatal e do acompanhamento da criança no primeiro ano de vida. A análise por macrorregião e por URS amplia a compreensão desses diferenciais e contribui para identificar territórios que demandam maior apoio técnico e monitoramento **(Gráfico 35 e 36)**.

GRÁFICO 35 – Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) por Macrorregião – Minas Gerais, 2024.



Fonte: SIM e SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG (TABNET MG). Nota: Dados atualizados em 2 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

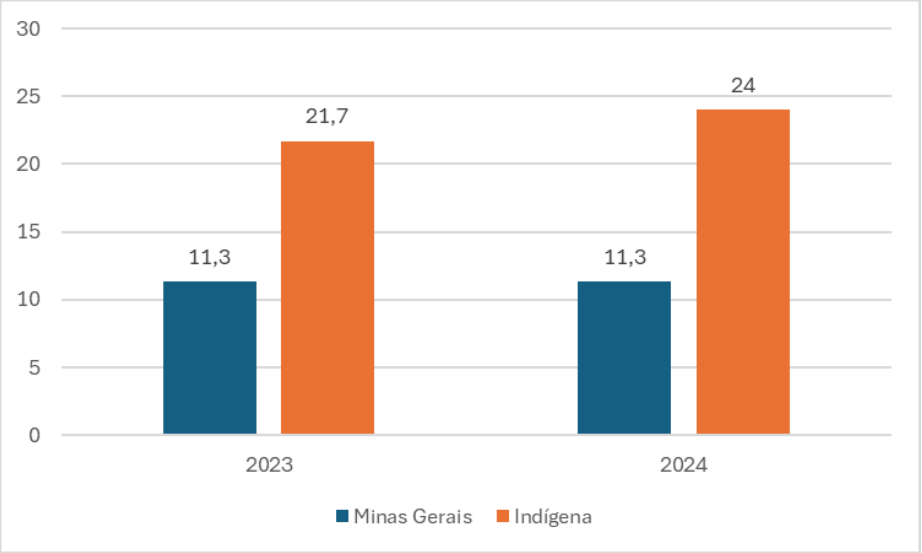
GRÁFICO 36 – Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) por Unidade Regional de Saúde – Minas Gerais, 2024.



Fonte: SIM e SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG (TABNET MG). Nota: Dados de 2023 a 2025 atualizados em 2 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

A comparação entre 2023 e 2024 reforça a importância de acompanhar não apenas a tendência geral do estado, mas também os diferenciais entre grupos populacionais e regiões. A manutenção de desigualdades, inclusive entre a população indígena, indica a necessidade de estratégias focalizadas e de monitoramento contínuo dos territórios mais vulneráveis **(Gráfico 37)**.

GRÁFICO 37 - Comparativo da Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) entre Minas Gerais e População Indígena (2023–2024).



Número de óbitos Minas Gerais: 2644 (2023) 2484 (2024)

Número de óbitos raça/cor indígena: 11 (2023) 12 (2024).

Fonte: SIM e SINASC/CPDE/SVE/SUBVS/SESMG. Nota: Dados de 2006 a 2022 atualizados em 29 de setembro de 2025.Dados de 2023 a 2025 atualizados em 2 de fevereiro de 2026, portanto sujeitos a alterações/revisões.

Com o objetivo de complementar a leitura dos indicadores a partir da perspectiva da organização da rede e da capilaridade das ações assistenciais, foi encaminhado, via Sistema Eletrônico de Informações (SEI), documento orientador às **16 macrorregionais de saúde do estado**, solicitando informações sobre a **organização da rede, os principais desafios territoriais e as ações implementadas ou em desenvolvimento no campo da atenção materno-infantil.** Destas, 9 macrorregionais enviaram resposta, cujas contribuições estão sintetizadas no **Quadro 4 e detalhadas no Anexo.**

De modo geral, as respostas evidenciam avanços na estruturação da rede materno-infantil, com destaque para a definição e revisão de fluxos assistenciais, o fortalecimento do PNAR, a realização de capacitações, o monitoramento de indicadores e a articulação entre vigilância e assistência. Persistem, contudo, desafios recorrentes relacionados ao acesso à atenção especializada e hospitalar, à qualificação do pré-natal e da estratificação de risco, à articulação entre os níveis de atenção, à regulação e ao transporte sanitário, à disponibilidade de profissionais e às vulnerabilidades sociais e territoriais de populações específicas.

Embora com diferentes graus de consolidação entre os territórios, esses

achados reforçam a necessidade de estratégias regionalizadas, alinhadas às especificidades locorregionais, com foco na qualificação da assistência, na ampliação da capacidade de resposta da Rede de Atenção Materno-Infantil e no apoio prioritário às regiões com maior vulnerabilidade assistencial, maior oscilação dos indicadores e menor capilaridade das ações da rede.

10. Corresponsabilização Institucional e Integração da Rede

A redução da mortalidade materna, infantil e fetal exige **atuação integrada e corresponsável entre vigilância, assistência e gestão, envolvendo as diversas áreas da SES-MG, em articulação com as regionais e os municípios.**

Os achados apresentados neste relatório evidenciam que esses desfechos não se relacionam apenas à assistência direta, mas também à organização da rede, à regulação do acesso, à qualificação profissional, à estrutura hospitalar e à articulação entre os diferentes pontos de cuidado.

Nesse contexto, o enfrentamento da mortalidade materna, infantil e fetal configura compromisso institucional permanente, em consonância com os eixos e diretrizes do Plano Estadual de Enfrentamento da Mortalidade Materna e Infantil (PEMMI).

A integração entre vigilância do óbito e assistência regional tem se consolidado como eixo estruturante para a qualificação da Rede de Atenção Materno-Infantil. Reuniões técnicas, discussão de casos, apoio às regionais, interlocução com hospitais e monitoramento conjunto contribuem para o aprimoramento dos fluxos assistenciais, da estratificação de risco, do manejo clínico oportuno e da organização do cuidado.

Ao reconhecer os óbitos como eventos sentinela, essa articulação amplia a capacidade de identificar fragilidades recorrentes, apoiar respostas locorregionais e orientar ajustes na rede.

Considerando os padrões identificados na análise dos óbitos, destacam-se como áreas estratégicas de atuação:

- qualificação do pré-natal e puerpério e fortalecimento da Atenção Primária;
- organização dos fluxos de referência e contrarreferência;
- manejo oportuno das emergências obstétricas e neonatais;
- estruturação e qualificação da rede hospitalar;
- educação permanente das equipes;

- monitoramento e avaliação contínua dos indicadores.

As ações desenvolvidas e/ou em curso pelas diretorias da SES-MG nos âmbitos da Atenção Primária, da Atenção Especializada, da Atenção Hospitalar, da Regulação e da Vigilância Sanitária expressam, em conjunto, a resposta institucional do estado frente aos padrões identificados neste relatório e reforçam que o alinhamento entre vigilância, assistência e gestão é condição essencial para a redução dos óbitos evitáveis e o fortalecimento da Rede de Atenção Materno-Infantil.

Atenção Primária à Saúde

Entre 2023 e 2024, a Diretoria de Promoção da Atenção Primária à Saúde (DPAPS), a Diretoria de Promoção da Saúde e Políticas de Equidade (DPSPE) e a Diretoria de Gestão da Integralidade do Cuidado (DGIC) desenvolveram ações integradas voltadas à redução da mortalidade materna e infantil em Minas Gerais.

A DPAPS destacou-se na qualificação da APS, por meio do **Projeto Saúde em Rede**, com foco na reorganização dos processos de trabalho, na educação permanente e na integração com a atenção especializada. Foram realizadas capacitações, webinários, teleconsultorias para apoio clínico às equipes e monitoramento de indicadores da APS, especialmente no cuidado à gestante e à puérpera.

A DPSPE concentrou suas ações no **monitoramento dos indicadores de vigilância alimentar e nutricional**, com ênfase no SISVAN, além da execução de programas de suplementação de ferro e vitamina A, fundamentais para a prevenção de agravos materno-infantis. Destacam-se também iniciativas de **promoção do aleitamento materno**, como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, e ações voltadas à equidade, com monitoramento de desigualdades raciais nos indicadores de mortalidade.

A DGIC atuou na qualificação da atenção materno-infantil e na **organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento,** com monitoramento de indicadores do Valora Minas, reavaliação de hospitais da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e pactuação das grades de referência obstétrica via PPI. Também coordenou a **revisão da Linha de Cuidado Materno-Infantil e do Guia de Atenção à Saúde da Gestante – Critérios para a Estratificação de Risco Gestacional e Acompanhamento da Gestante**. Ademais, liderou a implantação da **Rede Alyne** e a construção dos Planos de Ação Regional. Permanecem em desenvolvimento o projeto **Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-parto**, implantado em 27 instituições das 16 macrorregiões do estado, e a implementação da **Rede de Medicina Fetal.** Em continuidade ao processo de qualificação, está prevista a publicação do **Guia de Estratificação de Risco da Criança e do Adolescente**, ampliando o enfoque do cuidado integral ao ciclo de vida

e à prevenção de agravos evitáveis.

Em conjunto, essas ações contribuíram para a qualificação da assistência e o aprimoramento da gestão da rede materno-infantil no estado.

Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

Entre 2023 e 2024, a Diretoria de Políticas e Estruturação da Atenção Especializada (DPEAE) concentrou sua atuação na qualificação da AAE e na ampliação do acesso oportuno aos serviços especializados, com prioridade para o Pré-Natal de Alto Risco, a atenção à criança de risco e as doenças raras.

A Diretoria priorizou a **organização dos pontos de atenção ambulatorial de forma regionalizada e integrada à APS**, com acesso regulado e compartilhado, garantindo consultas, exames e acompanhamento multiprofissional conforme protocolos clínicos. Destaca-se a oferta de procedimentos especializados, como ultrassonografia obstétrica, Doppler e monitoramento fetal, além de ações educativas voltadas a usuários e profissionais de saúde.

Outro eixo relevante foi o **monitoramento sistemático dos serviços, realizado quadrimestralmente por meio de indicadores de produção**, acesso e qualidade assistencial, além de processos anuais de supervisão voltados à avaliação da equipe, da resolutividade e das ações de educação permanente.

A DPEAE também fortaleceu o matriciamento e o apoio técnico à APS, promovendo maior integração entre os níveis de atenção. Em conjunto, essas ações consolidam a AAE como ponto estratégico da rede materno-infantil, ampliando o acesso e a resolutividade do cuidado no estado.

Atenção Hospitalar

A atuação conjunta da Diretoria de Estruturação Hospitalar e de Urgência e Emergência (DEHUE) e da Diretoria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (DAHUE) concentrou-se na organização da rede hospitalar materno-infantil e no fortalecimento da capacidade de resposta da RAS, com impacto direto na redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

No campo da organização da rede, destacam-se a implantação de **hospitais regionais estratégicos**, como os de Teófilo Otoni e Divinópolis, e a estruturação das **grades regionais de urgência e emergência**, com definição de referências assistenciais e qualificação dos fluxos de encaminhamento e regulação de leitos. Essas ações contribuem para reduzir a fragmentação do cuidado, ampliar o acesso a serviços de média e alta complexidade nos territórios e garantir maior oportunidade no

atendimento, especialmente para gestantes e recém-nascidos em situação de risco.

No âmbito assistencial, as diretorias atuaram no fortalecimento da capacidade de resposta da rede hospitalar, com ênfase no **manejo oportuno das emergências obstétricas e neonatais**, na **ampliação e qualificação de leitos** obstétricos e de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal, e na definição de perfis assistenciais mais resolutivos. Essas ações foram apoiadas por instrumentos normativos e financeiros, como a Política Valora Minas, que induz a adoção de boas práticas, a melhoria da qualidade do cuidado e o monitoramento de indicadores estratégicos relacionados à mortalidade e à assistência ao parto e nascimento.

Destaca-se, ainda, o fortalecimento da corresponsabilização institucional e da governança regional, por meio da pactuação de fluxos, da integração entre serviços e da indução de protocolos assistenciais e mecanismos de monitoramento. Em conjunto, essas estratégias fortalecem a organização regional da atenção hospitalar, qualificam a linha de cuidado materno-infantil e ampliam a capacidade da rede para responder de forma mais oportuna e resolutiva às situações de maior gravidade.

Regulação do Acesso

A Diretoria de Regulação do Acesso de Urgência e Emergência (DRAUE) desenvolveu, entre 2023 e 2024, ações voltadas ao aprimoramento da regulação do acesso aos serviços de urgência e emergência, com impacto direto na assistência materno-infantil. As iniciativas concentraram-se na **qualificação dos processos regulatórios, na padronização de instrumentos técnicos utilizados pelas Centrais Regionais de Regulação Assistencial (CRRA) e na organização do acesso às referências para gestação de alto risco.**

Em 2023, destacaram-se a revisão, atualização e padronização de notas técnicas e administrativas, com inserção no Manual Estadual de Regulação Assistencial, além do diagnóstico dos principais gargalos na regulação de leitos no estado. Houve também foco na revisão e no aprimoramento do protocolo de Gestação de Alto Risco (GAR), com proposta de atualização no sistema de regulação.

Outro avanço importante foi o desenvolvimento e a divulgação de ferramentas de apoio à regulação, como o Painel Interativo com inclusão do componente “Parto e Nascimento”, além de treinamentos para utilização dessas ferramentas pelas instituições de referência. A Diretoria também atuou em articulação com as áreas técnicas da saúde materno-infantil na identificação de pontos críticos assistenciais.

Para 2024 e continuidade em 2025–2026, destacam-se a implementação do novo protocolo de GAR, sua incorporação à ferramenta estadual de regulação (CORE – Central de Operações para Regulação – Saúde MG) e a ampliação das estratégias de capacitação e disseminação dos instrumentos regulatórios. Em conjunto, essas

ações fortalecem a regulação do acesso e qualificam o encaminhamento de gestantes de alto risco no estado.

11. Conclusão

A análise dos óbitos maternos, infantis e fetais ocorridos em 2024 em Minas Gerais evidencia que a redução da mortalidade evitável permanece como desafio estruturante do sistema de saúde estadual.

Embora Minas Gerais vivencie processo consistente de transição demográfica, com redução do número de nascidos vivos, esse cenário não se traduziu automaticamente em melhoria proporcional dos indicadores. Os resultados observados sugerem que a evolução dos desfechos está relacionada não apenas ao volume de nascimentos, mas também a múltiplos fatores que envolvem a organização da Rede de Atenção Materno-Infantil, a qualidade da assistência e a capacidade de vigilância, investigação e resposta ao longo da linha de cuidado.

Os achados de 2024 evidenciam que os óbitos se relacionam não apenas a eventos clínicos isolados, mas também a fragilidades recorrentes na linha de cuidado, envolvendo o pré-natal, a estratificação de risco, o acesso oportuno à atenção especializada, o manejo das urgências e emergências obstétricas e neonatais, a assistência no puerpério, a qualidade da investigação e a articulação entre vigilância, assistência e regulação. As desigualdades observadas segundo raça/cor, escolaridade e distribuição territorial reforçam a necessidade de respostas orientadas pela equidade e ajustadas às especificidades dos territórios.

Nesse contexto, **o PEMMI reafirma-se como instrumento estratégico para organização da resposta estadual.** Os resultados apresentados neste relatório dialogam diretamente com seus eixos estruturantes — **Qualificação da Atenção, Vigilância e Comitês, Governança, Equidade e Mobilização Social** — e reforçam a importância de transformar diretrizes em ações efetivas, capilarizadas e monitoráveis.

A persistência de indicadores sem redução consistente, mesmo em contexto de diminuição da natalidade, sinaliza a necessidade de ampliar a efetividade das ações implementadas, fortalecer sua capilaridade nos territórios e qualificar continuamente a capacidade de resposta da rede. Isso implica maior integração entre o nível central, as Unidades Regionais de Saúde e os municípios, com definição clara de responsabilidades, monitoramento sistemático dos resultados e apoio técnico continuado às regiões prioritárias.

Essa qualificação passa, necessariamente, pelo fortalecimento do pré-natal e puerpério como eixo estruturante da linha de cuidado, com investimento contínuo na

formação das equipes da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada, na padronização de fluxos assistenciais e no reconhecimento precoce de sinais de gravidade. Nesse processo, ganha centralidade o manejo oportuno das principais condições responsáveis pelos óbitos maternos evitáveis, em especial as síndromes hipertensivas e as hemorragias obstétricas, incluindo a utilização adequada do sulfato de magnésio já na Atenção Primária à Saúde e o fortalecimento das ações relacionadas à Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, em continuidade às iniciativas em curso no estado. Soma-se a isso a necessidade de vigilância e resposta oportuna ao Espectro do Acretismo Placentário, apontado em Nota Técnica da SES-MG como evento sentinela relevante para a prevenção da morte materna, com ênfase no rastreamento de fatores de risco, no diagnóstico precoce e na vinculação da gestante ao serviço de referência.

Ao integrar análise quantitativa, qualitativa e territorial, este relatório se consolida como instrumento técnico de gestão, planejamento e corresponsabilização institucional. Ele oferece subsídios para o aprimoramento das políticas e práticas de saúde voltadas à redução dos óbitos evitáveis e para o fortalecimento da Rede de Atenção Materno-Infantil em Minas Gerais.

QUADRO 4 - Síntese dos principais resultados de 2024, convergência com os eixos do PEMMI-MG e encaminhamentos prioritários.

Resultado de 2024	**Eixo PEMMI-MG**	**Encaminhamentos prioritários**
Elevação da RMM em contexto de queda da natalidade	Qualificação da Atenção / Governança	Reforço da linha de cuidado materno-infantil, monitoramento regional da RMM e qualificação do pré-natal, do puerpério e da resposta às urgências obstétricas
Estabilidade da TMI	Vigilância e Comitês / Qualificação da Atenção	Intensificação das ações na APS, qualificação da atenção neonatal e fortalecimento do acompanhamento no primeiro ano de vida
Persistência de fragilidades na investigação e qualificação dos óbitos fetais	Vigilância e Comitês / Qualificação da Atenção	Fortalecimento da investigação, qualificação diagnóstica e aprimoramento da assistência pré-natal e obstétrica
Fragilidades recorrentes na	Vigilância e Comitês /	Implementação e acompanhamento

linha de cuidado e na vigilância do óbito	Governança	das recomendações dos Comitês, com integração entre vigilância, assistência e regulação
Desigualdades segundo raça/cor, escolaridade e território	Equidade	Estratégias focalizadas em populações e regiões prioritárias
Heterogeneidade regional dos indicadores	Governança / Equidade	Planejamento regionalizado, apoio técnico aos territórios e corresponsabilização institucional

Fonte: Elaboração própria

Em síntese, os resultados de 2024 reforçam que a redução da mortalidade materna, infantil e fetal em Minas Gerais depende de atuação integrada, contínua e orientada à equidade, com corresponsabilização entre vigilância, assistência e gestão e foco permanente na redução dos óbitos evitáveis.

12. Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*. Brasília, 2022.

FIOCRUZ; INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA; ABENFO; FEBRASGO. *10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna*. Rio de Janeiro, maio 2024. Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Alteração da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.963, de 19 de outubro de 2022, que redefine a organização dos Comitês Municipais, Estadual, Regionais, Compartilhados e Hospitalares. Belo Horizonte: SES-MG, 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 5.518, de 14 de dezembro de 2025, que aprova e institui o Plano Estadual de Enfrentamento da Mortalidade Materna e Infantil (PEMMI). Belo Horizonte: SES-MG, 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica nº 28/2025 Conjunta SVE/SVS/SAPS, referente aos processos de trabalho dos Comitês e à Vigilância dos Óbitos. Belo Horizonte: SES-MG, 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG nº 10.573, de 14 de outubro de 2025, que homologa a atualização das representações do CEPMMIF-MG. Belo Horizonte: SES-MG, 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Guia de Atenção à Saúde da Gestante: critérios para estratificação de risco. Belo Horizonte: SES-MG, 2024a. Disponível em: Guia de Atenção à Saúde da Gestante: critérios para estratificação de risco. Acesso em: 13 abril. 2026.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha de Cuidado Materno Infantil. Belo Horizonte: SES-MG, 2024b. Disponível em: Linha de Cuidado Materno Infantil. Belo Horizonte: SES-MG . Acesso em: 13 abril. 2026.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG nº 10.590, de 21 de outubro de 2025. Credencia os estabelecimentos especializados em Medicina Fetal e institui a Grade de Referência da Rede de Atenção Especializada em Medicina Fetal no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: SES-MG, 2025g. Disponível em: RESOLUÇÃO CIB 10.590.pdf. Acesso em: 13 abril. 2026.

MINAS GERAIS. Comissão Intergestores Bipartite – CIB-SUS/MG. Deliberação nº 5.140/2025. Aprova as diretrizes da Rede de Atenção em Medicina Fetal no âmbito do SUS-MG. Belo Horizonte: SES-MG, 2025a. Disponível em: Del 5140 - SUBRAS - Diretrizes Medicina Fetal.pdf Deliberação nº 5.140/2025. Acesso em: 13 abril. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Caesarean birth* (NG192). London, 2021.

13. Anexos

QUADRO 3 – Dez Passos do cuidado obstétrico para redução da morbimortalidade materna.

Passo	Descrição
0	**Promover o enfrentamento ao racismo** em todas as etapas do cuidado obstétrico.
1	**Garantir encontros de qualidade**, centrados nas necessidades de cada mulher, durante todos os contatos com os serviços de saúde.
2	**Instituir ações de profilaxia e identificação das síndromes hipertensivas** durante o pré-natal.
3	**Realizar triagem oportuna de infecções** do trato geniturinário.
4	**Identificar precocemente sinais de gravidade clínica materna** e garantir tratamento oportuno.
5	**Oferecer treinamento regular às equipes de assistência**, para o pronto reconhecimento e condução dos casos de urgências e emergências obstétricas.
6	**Garantir o reconhecimento precoce e o tratamento oportuno e adequado das síndromes hipertensivas graves** na gestação.
7	**Garantir o reconhecimento precoce e o tratamento oportuno e adequado dos quadros infecciosos** na gestação.
8	**Garantir o reconhecimento precoce e o tratamento oportuno e adequado das síndromes hemorrágicas** na gestação e no puerpério.
9	**Reduzir as taxas de cesarianas desnecessárias.**
10	**Garantir vigilância e assistência permanente no puerpério.**

Fonte: Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. *Dez Passos para a Redução da Mortalidade Materna (e-book)*. IFF/Fiocruz.

QUADRO 4 – Síntese das contribuições das macrorregionais de saúde sobre desafios territoriais e ações desenvolvidas na atenção materno-infantil. Minas Gerais, 2025.

	Macrorregional	Desafios Predominantes	Ações Prioritárias
1	Centro Sul	• **necessidade de fortalecimento da captação precoce e** estratificação de risco; • **fragilidades no cuidado compartilhado entre APS** e atenção especializada; • **necessidade de qualificação da assistência ao pré-natal**, parto e puerpério.	• **fortalecimento da APS** como coordenadora do cuidado; • **ampliação da articulação entre níveis de atenção**, com estímulo ao cuidado compartilhado; • **qualificação do pré-natal, parto e puerpério,** com estruturação de fluxos assistenciais integrados da linha de cuidado materno-infantil.
2	Extremo Sul	• **necessidade de qualificação do pré-natal e cuidado neonatal;** • **taxas de cesarianas acima do recomendado** e necessidade de qualificação obstétrica; • **persistência de óbitos infantis evitáveis** relacionados à gestação e neonatal.	• **fortalecimento da APS e do acompanhamento contínuo** das gestantes e crianças; • monitoramento regional da taxa de cesarianas, **com desenvolvimento de ações estratégicas para qualificação da assistência obstétrica e redução do indicador;** • **qualificação da assistência pré-natal,** neonatal e ao recém-nascido.
3	Jequitinhonha	• **fragilidades no pré-natal, protocolos assistenciais e planejamento reprodutivo;** • **taxas de cesarianas acima do recomendado** e necessidade de qualificação obstétrica; • **dificuldades de integração entre APS e atenção especializada;** • **dificuldades relacionadas a regulação hospitalar,** encaminhamentos de gestantes de alto risco para hospitais de risco habitual, gerando peregrinação materna.	• **qualificação do planejamento reprodutivo** com apoio do Departamento de Enfermagem da UFVJM; • **qualificação regional de triagem neonatal;** • **fortalecimento do comitê regional** com projetos regionais e oficinas referntes ao enfrentamento da mortalidade materna, infantil e fetal. • **capacitação de profissionais de saúde,** visando discutir manejo clínico, através do projeto Mais Vida no Vale.
4	Leste	• **acesso limitado à atenção especializada,** com PNAR e atenção à criança de risco, especialmente em áreas com vazios assistenciais como Resplendor e Tripolar. • **fragilidades na integração entre APS, atenção especializada e hospitalar**, comprometendo a continuidade do cuidado. • **dificuldades de acesso oportuno** devido às longas distâncias até serviços de referência. • **necessidade de qualificação das equipes,** protocolos assistenciais e pré-natal. • **desigualdades sociais e territoriais** impactando os desfechos maternos e infantis.	• **fortalecimento da governança regional**, com qualificação dos comitês regionais e municipais; • **monitoramento regional de indicadores e planejamento das ações**, com acompanhamento do PRI, execução do plano regional e uso do IQGMS; • **qualificação da APS e do pré-natal** e estímulo à busca ativa e estratificação de risco; • **organização da rede assistencial**, com implementação dos componentes da Rede Alyne conforme pactuação regional; • **ampliação do acesso especializado**, com implantação de UAE na micro Tripolar e Mantena, incluindo PNAR atenção à criança de risco; • **qualificação da assistência obstétrica hospitalar,** com implementação da Estratégia 0MMxHPP e oficinas hospitalares; • **apoio técnico à APS**, com fomento à teleconsultoria e ampliação da resolutividade do cuidado.

5	Nordeste	• **necessidade de ampliação de serviços para gestação de alto risco** e leitos obstétricos/neonatais. • **insuficiência de profissionais qualificados**, aliada à falta de formação específica para condução das análises de casos. • **fragilidade regulatória, transporte sanitário insuficient**e e longas distâncias territoriais. • **vulnerabilidades sociais e territoriais, especificamente na população indígena aldeada**, dificultando o acesso aos serviços.	• **fortalecimento do Comitê Regional de Óbito** e incentivo à criação e ao funcionamento dos comitês municipais; • **qualificação do pré-natal e da estratificação de risco**, com capacitações e ações de educação permanente; • **revisão e organização dos fluxos assistenciais**, com atualização de critérios de encaminhamento ao CEAE e elaboração de Nota Técnica; • **articulação com maternidades e serviços de referência**, com foco na organização da linha de cuidado materno-infantil; • **monitoramento regional de indicadores**, incluindo acompanhamento do Valora Minas.
6	Norte	• **dificuldades de acesso aos serviços,** devido a barreiras geográficas e longas distâncias; • **vulnerabilidades sociais e territoriais** em populações indígenas, quilombolas e ribeirinhas; • **alta rotatividade e dificuldade de fixação de especialistas;** • **necessidade de maior adesão a protocolos** e qualificação das equipes.	• **fortalecimento da APS e qualificação do pré-natal**, com foco em estratificação de risco e encaminhamento oportuno; • **realização de capacitações e oficinas**, incluindo ações da Estratégia Zero Morte Materna, sobre vigilância do óbito e implantação dos comitês; • **ampliação da rede especializada e hospitalar**, especialmente para atenção materna e neonatal; • **expansão de habilitações do PAR da Rede Alyne.**
7	Oeste	• **persistência de fragilidades na qualidade do pré-natal,** especialmente na identificação precoce de riscos gestacionais e no acompanhamento oportuno das gestantes. • **fragilidades na integração entre APS, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar,** com necessidade de maior compartilhamento do cuidado**.** • **Necessidade de fortalecer** os Comitês Hospitalares de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, promovendo análise oportuna dos casos e articulação com a vigilância e comitês municipais.	• **fortalecimento contínuo da estratificação de risco gestacional,** com ampliação da captação precoce e qualificação do acompanhamento longitudinal das gestantes na APS**.** • **fortalecimento dos fluxos de referência e contrarreferência**, apoio matricial e comunicação entre os diferentes pontos de atenção da rede. • **aprimoramento dos processos da investigação dos óbitos,** fortalecimento dos comitês municipais e hospitalares e monitoramento da implementação das recomendações emitidas.
8	Sudeste	• **fragilidades na qualidade do pré-natal**, com baixa adesão aos protocolos assistenciais; • **insuficiência de serviços especializados,** com limitações na implantação e acesso ao PNAR; • **desafios na organização da rede assistencial**, com inadequações no perfil e nos fluxos de atenção; • **fragilidades na linha de cuidado materno-infantil**, com limitações na integração entre pré-natal, parto e puerpério.	• **fortalecimento da Rede Alyne** e monitoramento dos indicadores regionais; • **realização de oficinas de planejamento regional** e capacitação de profissionais; • **reorganização da linha de cuidado materno-infantil**, com qualificação da APS e dos fluxos assistenciais.
9	Triângulo do Norte	• **vazios assistenciais e necessidade de deslocamento** para atendimento de alto risco na micro Ituiutaba;	• **fortalecimento da Rede Alyne** e da organização regional da linha materno-infantil;

		• **fragilidades na articulação entre APS** e atenção secundária; • **baixa adesão a protocolos** e dificuldades na identificação de riscos; • **problemas na qualidade das informações** e preenchimento da DO.	• **implantação de ambulatório de medicina fetal** nos Hospitais da Clínica de Uberlândia; • **reativação do Comitê Regional de Mortalidade**; • **fortalecimento do transporte sanitário** e do SAMU; • **desenvolvimento de ações educativas para gestantes** e qualificação dos profissionais.
10	Triângulo do Sul	• **fragilidades na integração entre APS, atenção especializada e maternidades,** com dificuldades de contrarreferência e continuidade do cuidado. • **concentração da assistência de alto risco em Uberaba,** associada a longas distâncias e risco de atraso no acesso aos serviços especializados, especialmente nas microrregiões de Araxá e Frutal/Iturama. • **elevada proporção de óbitos fetais classificados como causas mal definidas** e inconsistências nos sistemas de informação.	• **fortalecimento do apoio matricial**, formalizar fluxos de referência e contrarreferência e garantir comunicação efetiva entre os pontos da rede. • **aprimoramento da regulação assistencial, transporte sanitário** e vinculação prévia da gestante à maternidade de referência conforme risco gestacional. • **fortalecimento da investigação dos óbitos**, qualificar o preenchimento do SIM/SINASC e ampliar a atuação dos comitês de mortalidade.
11	Sudoeste	• **fragilidades no planejamento familiar**, pré-natal e estratificação de risco. • **limitações estruturais da rede e alta rotatividade** de profissionais médicos na APS.	• **qualificação contínua das equipes da APS e da assistência ao pré-natal, parto e puerpério**, com web aulas, cursos, treinamentos e encontros mensais com médicos e enfermeiros. • **adequação da rede assistencial à Rede Alyne**, com revisão da capacidade instalada e das habilitações necessárias.



COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL