

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA, FETAL E INFANTIL

DE MATO GROSSO DO SUL

2025



MORTALIDADE MATERNA, FETAL E INFANTIL
**DESAFIOS ATUAIS E COMPROMISSOS
NECESSÁRIOS**

ELABORAÇÃO

Carolina dos Santos Chita Raposo

Nutricionista

Vigilância do Óbito Materno e Infantil – SES/MS

Hilda Guimarães de Freitas

Enfermeira

Vigilância do Óbito Materno e Infantil – SES/MS

Luciene Higa de Aguiar

Técnica Administrativa

Vigilância do Óbito Materno e Infantil – SES/MS

COLABORAÇÃO

Andrezza Gabrielly dos Santos Soldera

GIS/CESP/SES/MS

Bruno Holsback Uesato

CEVITAL/SESAU – CAMPO GRANDE

Fernanda Ruas Barbosa

GIS/CESP/SES/MS

APOIO GRÁFICO

Mariane Cristina de Souza Lima

Web designer - CTEC SES

APRESENTAÇÃO

Este boletim apresenta informações relevantes sobre o ano de 2024, analisando as características sociodemográficas e as causas básicas dos óbitos maternos e infantis no estado. Esses dados são fundamentais, pois representam indicadores essenciais do desenvolvimento social e da qualidade dos serviços de saúde.

A análise por faixa etária, tanto de mães quanto de crianças, evidencia os grupos mais vulneráveis, reforçando a importância do pré-natal precoce, da assistência qualificada ao parto, do cuidado neonatal e do acompanhamento contínuo no primeiro ano de vida. A variável cor/raça revela desigualdades estruturais que ainda impactam negativamente o acesso e a qualidade do cuidado ofertado.

A escolaridade materna continua sendo um fator associado a piores desfechos, refletindo barreiras no acesso à informação e aos serviços de saúde. O estado civil também aparece como elemento relevante, relacionado ao suporte familiar e social durante a gestação e o puerpério.

As causas básicas de óbito demonstram uma predominância de eventos evitáveis, evidenciando fragilidades em todos os níveis de atenção, desde a atenção primária, passando pela referência e transporte, até a assistência hospitalar. Destaca-se a necessidade de ações preventivas voltadas às mulheres em idade fértil, com enfoque ampliado na saúde reprodutiva e no cuidado pré-concepção.

A análise da mortalidade materna e infantil revela mais que números: ela nos mostra o estado de saúde e o nível de desenvolvimento social de uma sociedade. Esses indicadores nos convidam a refletir sobre a importância de fortalecer os serviços de saúde, promover ações de prevenção e garantir a assistência de qualidade.

É fundamental a incorporação efetiva de protocolos clínicos e o fortalecimento das redes de vigilância, especialmente a Rede de Vigilância e a Rede Alyne, no trabalho compartilhado e integrado entre os diferentes níveis da rede de saúde.

A vigilância ativa, a investigação dos óbitos e a atuação intersetorial são essenciais para proteger a vida de mulheres e crianças e promover a equidade no cuidado.

Hilda Guimarães de Freitas

Gerente da Vigilância do Óbito Materno, Fetal e Infantil e Presidente do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil de Mato Grosso do Sul

INTRODUÇÃO

A investigação dos óbitos fetais, infantis e maternos é uma etapa fundamental para melhoria da saúde das gestantes durante a gravidez e o pós-parto. Esse processo vai além de simplesmente contar os números, permitindo entender as causas e, principalmente, identificar oportunidade perdidas na assistência, no acesso e no acolhimento das pacientes. A partir dessa análise cuidadosa, é possível elaborar recomendações mais precisas, reorganizar os serviços, capacitar as equipes de saúde e aprimorar a infraestrutura. Tudo isso com um objetivo central: evitar que novas mortes ocorram por causas evitáveis. Trata-se de um verdadeiro compromisso com a vida, que transforma a dor em aprendizado e em ações concretas para garantir um cuidado mais seguro, humanizado e eficaz para todas as mulheres e crianças.



MORTALIDADE MATERNA

Morte Materna

Morte materna é a morte de uma pessoa gestante que acontece durante a gravidez ou até 42 dias após o seu término, independentemente do tempo ou local da gestação. Ela ocorre por fatores relacionados ou agravados pela gravidez, mas não inclui mortes causadas por acidentes ou incidentes.

Morte Materna não Obstétrica

Morte materna não obstétrica é aquela causada por fatores incidentais ou acidentais, como acidentes de trânsito, suicídio ou feminicídio, que não têm relação com a gravidez ou seu cuidado. Esses óbitos não entram no cálculo da razão de mortalidade materna.

Morte Materna Obstétrica

As mortes maternas por causas obstétricas podem ser de dois tipos: as obstétricas diretas e as obstétricas indiretas.

A morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer uma dessas causas.

A morte materna obstétrica indireta é decorrente de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

PERFIL DA MORTALIDADE MATERNA

Ao analisar a série histórica (Quadro 1), observou-se uma oscilação no número de óbitos maternos ao longo dos anos, com destaque para um pico expressivo em 2021, ano marcado pelo impacto mais severo da pandemia de COVID-19, quando foram registrados 54 óbitos. A partir de 2022, iniciou-se uma tendência de redução culminando em 2024 com a ocorrência de 15 óbitos maternos, o menor número no período analisado.

Quanto à Razão de Mortalidade Materna (RMM), observou-se comportamento semelhante, com uma tendência de queda entre 2020 e 2024, com um aumento significativo em 2021, refletindo diretamente os efeitos da pandemia sobre a saúde materna. A partir de 2022, a RMM apresentou uma trajetória descendente, sugerindo uma retomada gradual do controle e da qualidade da atenção à saúde materna no período pandêmico.

Quadro 1 – Número de Óbitos Maternos Obstétricos, Nascidos Vivos e a Razão da Mortalidade Materna. Mato Grosso do Sul, 2020 - 2024.

Ano	Nº Óbitos Maternos	Nº Nascidos Vivos	RMM por 100.000 NV
2020	16	41,572	38,48
2021	54	41.732	129,39
2022	23	40.101	57,35
2023	22	40.232	54,68
2024	15	37.759	39,72

Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

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

Cálculo da RMM:

Nº de óbitos maternos diretos e indiretos x 100.000

Total de nascidos vivos em determinado local e ano

Parâmetro da RMM (OMS)

Baixa: até 20/100.000 NV

Média: de 20 a 49/100.000 NV

Alta: de 50 a 149/100.000 NV

Muito alta: < que 150/100.000 NV

NV = NASCIDOS VIVOS

OMS=ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE

Quadro 2 - Número de Óbitos Maternos Obstétricos, segundo Municípios de Residência e Razão da Mortalidade Materna, segundo Macrorregiões. Mato Grosso do Sul, 2024.

Macrorregiões	Municípios	Nº de Óbitos Maternos	RRM por 100.000NV Macrorregiões
CENTRO 4 óbitos (26,66%)	Campo Grande	2	= 4/19.898*100.000NV 20,19
	Coxim	1	
	Rochedo	1	
PANTANAL 5 óbitos (33,33%)	Corumbá	2	= 5/1.825*100.000NV 273,97
	Ladário	2	
	Miranda	1	
SUL 4 óbitos (26,66%)	Japorã	2	= 4/12.328*100.000NV 32,44
	Itaquiraí	1	
	Vicentina	1	
COSTA LESTE 2 óbitos (13,33%)	Costa Rica	1	= 2/3.797*100.000NV 52,67
	Três Lagoas	1	

Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

Das quatro (4) macrorregiões de saúde analisadas, a macrorregião do Pantanal apresentou a maior RMM, com 273,97 óbitos por 100 mil nascidos vivos, sendo classificada como de risco muito alto. Em seguida, destaca-se a Macrorregião Costa Leste, com 52,67, enquadrando-se na categoria de risco alto para mortalidade materna.

De acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), a classificação da RMM é feita da seguinte forma:

Baixo risco: RMM inferior a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos

Risco moderado: de 20 a 49,9

Risco alto: de 50 a 99,9

Risco muito alto: igual ou superior a 100

Esses parâmetros são utilizados como referência para monitoramento e avaliação da saúde materna, subsidiando a formulação de políticas públicas e ações estratégicas voltadas à redução da mortalidade materna nos estados, parto e momento do óbito.

Tabela 1 – Óbitos Maternos Obstétricos, segundo Faixa Etária, Raça/Cor, Estado Civil, Escolaridade, Gestações, Tipo de Parto e Momento do Óbito. Mato Grosso do Sul, 2024.

Variáveis			Óbitos maternos (15)	
Faixa etária (anos)	Nº	%		
10 19	1	6,67%		
20 a 29	7	46,67%		
30 a 39	6	40,00%		
40 ou mais	1	6,67%		
Raça/cor				
Parda	8	53,33%		
Branca	5	33,33%		
Indígena	2	13,33%		
Estado Civil				
Casado	4	26,66%		
Solteiro	10	66,66%		
Ignorado	1	6,67%		
Escolaridade (ano)				
4 a 7	6	40,00%		
5 a 12	2	13,33%		
8 a 12 mais	6	40,00%		
Não consta/ignorado	1	6,67%		
Gestações (Nº)				
0	1	6,67%		
1	3	20,00%		
2	3	20,00%		
3	3	20,00%		
4	3	20,00%		
5 ou mais	2	13,33%		
Tipo de parto				
Vaginal	1	6,67%		
Cesárea	10	66,66%		
Não houve	4	26,66%		
Óbito ocorreu				
Gestação	2	13,33%		
Parto	1	6,67%		
Puerpério	12	80,00%		

Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

Quanto ao perfil sociodemográfico, com base no número absoluto de mortes, observou-se que a maior concentração de óbitos ocorreu na faixa etária de 20 a 39 anos, representando 46,67%. O índice de óbitos foi menor em mulheres acima de 40 anos, reforçando o risco aumentado em mulheres jovens, particularmente aquelas na faixa de 20 a 29 anos.

A maior proporção de óbitos maternos ocorreu entre mulheres de cor parda (53,33%), seguida pelas mulheres brancas (33,33%) e indígenas (13,33%).

Quanto ao estado civil prevaleceu o perfil de mulheres solteiras, representando 66,66% do total.

Em relação à escolaridade, conforme apresentada na tabela 1, a maioria das mulheres possui entre 4 a 7 anos de estudo (40,00%) e entre 8 a 12 anos de estudo.

Quanto ao número de gestações, a maioria das gestantes (80%) já tinham filhos, destacando-se 20% (1); 20 % (2); 20% (3) e 13,30% tinham (5) ou mais filhos. Apenas 6,7% eram primíparas.

Quanto ao tipo de parto, prevaleceu a cesárea, com 66,66%. Os óbitos ocorreram principalmente no puerpério, representando 80,00%.

Quadro 3 – Número de Óbitos Maternos segundo Causa Obstétrica. Mato Grosso do Sul, 2024.

Total Obstétrica Direta		14
CID	CAUSA	
O90.3	Miocardiopatia puerperal	1
O11	DHEG superposta	1
O14.1	Pré-eclâmpsia grave	1
O15.0	Eclâmpsia na Gravidez	1
O45-9	Descolamento de Placenta	1
O72.0	Hemorragia do Terceiro Estágio	1
O15.2	Eclâmpsia no puerpério	2
O14.9	Pré-eclâmpsia não especificada	1
O72.1	Outra Hemorragia do Pós-Parto Imediato	2
O41.1	Coriomnionite	1
O031.8	Aborto Espontâneo	1
O71.0	Ruptura do Útero antes do início do Trabalho de Parto	1
Total Obstétrica Indireta		1
O98.5	Doenças Virais Complicando Gravidez, Parto e Puerpério	1

Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

Para analisarmos as causas dos óbitos maternos, é fundamental compreender a divisão conceitual entre **causas diretas** e **causas indiretas**.

As **causas diretas** são aquelas decorrentes de complicações obstétricas da gravidez, do parto ou do puerpério, como hemorragias, infecções, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, embolia amniótica e complicações anestésicas. Já as **causas indiretas** são aquelas relacionadas a doenças preexistentes ou adquiridas durante a gestação, que são agravadas pelas mudanças fisiológicas da gravidez, como doenças cardiovasculares, respiratórias, renais, endocrinológicas (como diabetes), ou mesmo infecções como a influenza ou COVID-19.

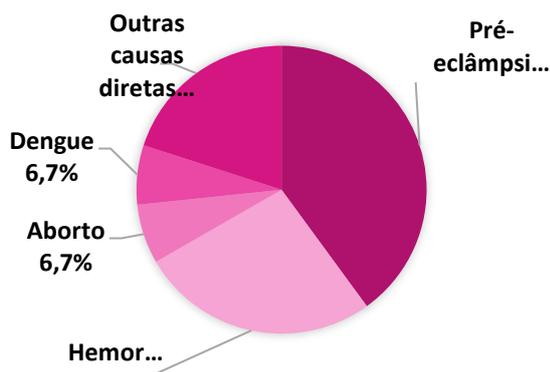
Essa distinção é essencial para compreender que a atuação dos profissionais de saúde deve ser diferenciada e qualificada, com ações específicas para cada tipo de risco e em cada ponto da rede de atenção.

Quadro 4 – Número e Percentual de Causas Mato Grosso do Sul, 2024.

CAUSAS	Nº	%
Pré-eclâmpsia	6	40,00%
Hemorragia	4	26,70%
Aborto	1	6,70%
Dengue	1	6,70%
Outras causas diretas	3	20,00%
Total	15	100,00%

Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

Gráfico 1 – Proporção das causas de óbito materno. Mato Grosso do Sul,



2024.

Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

As principais causas diretas foram:

- **Pré-eclâmpsia (40,0%)** – maior causa, requer detecção precoce e manejo adequado.
- **Hemorragia (26,7%)** – segunda principal causa, demanda capacitação e estrutura hospitalar.
- **Outras causas diretas (20%)**, como infecções e eclâmpsia – indicam necessidade de vigilância no puerpério.
- **Aborto (6,7%)** – reforça a importância do atendimento humanizado e da saúde sexual e reprodutiva.

A única causa indireta identificada foi a dengue (6,7%), evidenciando a importância da integração com a vigilância epidemiológica e manejo específico para gestantes em períodos de surto.

Podemos concluir que a elevada proporção de causas diretas mostra que muitas mortes poderiam ser evitadas com ações qualificadas de prevenção, assistência e resposta oportuna no pré-natal, parto e puerpério. As prioridades devem se concentrar em:

- Qualificação do pré-natal (ênfase na pré-eclâmpsia);
- Capacitação em urgências obstétricas e manejo de hemorragias;
- Fortalecimento da rede de atenção ao parto e puerpério;
- Integração intersetorial para controle de doenças infecciosas

QUALIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA

Para qualificar o trabalho da vigilância em saúde e aprofundar a análise dos óbitos maternos ocorridos em Mato Grosso do Sul, utilizamos como principal fonte de informação as **fichas-síntese do Módulo de Investigação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**.

Essas fichas reúnem dados essenciais sobre:

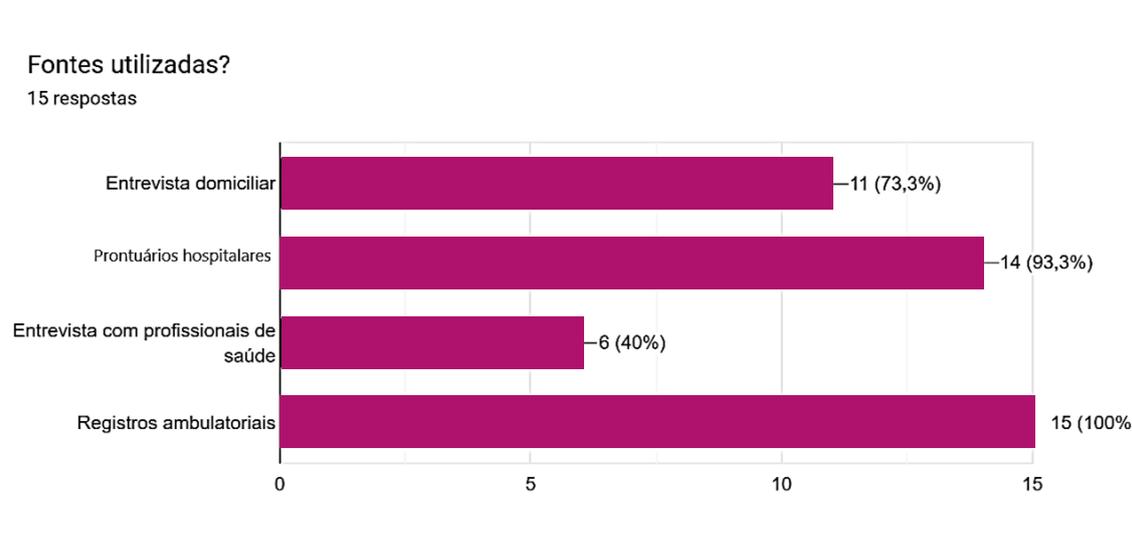
- As condições clínicas da gestante;
- A assistência recebida durante o pré-natal, parto e puerpério;
- O itinerário percorrido pela gestante nos serviços de saúde;
- As decisões clínicas e operacionais adotadas ao longo do cuidado;
- Os fatores contribuintes e evitáveis envolvidos no desfecho.

A análise dessas informações permite identificar falhas na rede de atenção, fragilidades nos fluxos de cuidado e possibilidades de intervenção para a prevenção de novos óbitos. Além disso, a integração entre vigilância epidemiológica, atenção básica, hospitais e serviços especializados é fundamental para fortalecer a resposta do sistema de saúde às necessidades das gestantes e puérperas.

Assim, o uso qualificado do módulo de investigação e das fichas-síntese contribui diretamente para a melhoria da vigilância, para a compreensão dos determinantes da mortalidade materna e para o planejamento de ações estratégicas e resolutivas.



Gráfico 2 - Fontes de Informação Utilizadas na Investigação dos Óbitos Maternos. Mato Grosso do Sul – 2024.



A análise das investigações dos 15 óbitos maternos ocorridos em 2024 demonstra que a vigilância utilizou **múltiplas fontes de informação**, o que é fundamental para garantir uma visão abrangente sobre os fatores que contribuíram para cada caso.

As fontes mais utilizadas foram:

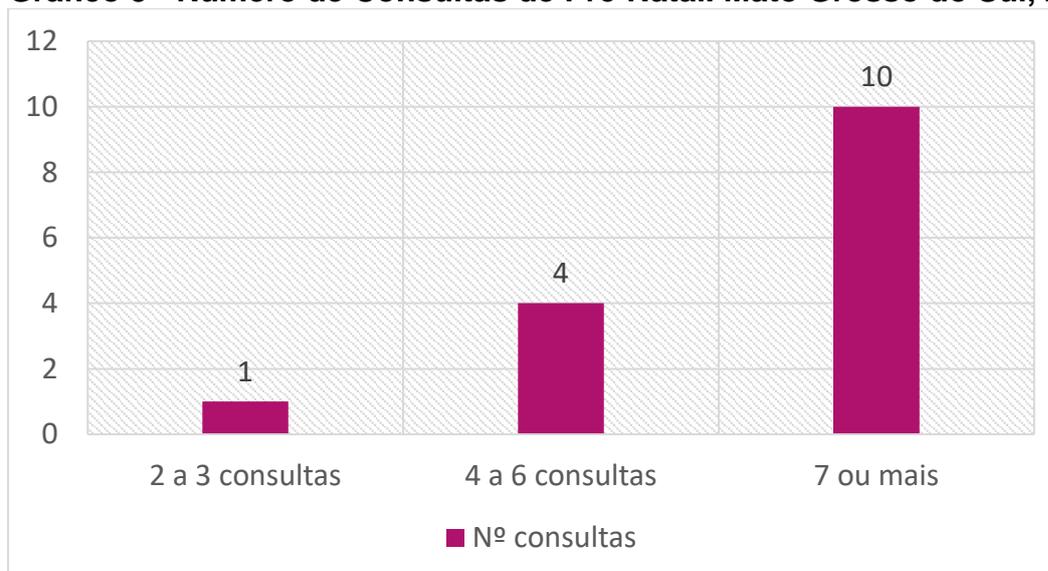
- Prontuário ambulatorial: utilizado em 100% dos casos;
- Prontuário hospitalar: presente em 93,3% das investigações;
- Entrevista domiciliar com familiares: realizada em 73,3% dos casos;
- Entrevista com profissional de saúde: utilizada em menor proporção.

A alta frequência de uso dos prontuários (ambulatorial e hospitalar) demonstra a importância dos registros clínicos como base para reconstrução da trajetória assistencial das gestantes. A entrevista domiciliar foi utilizada em boa parte das investigações, contribuindo para contextualizar aspectos sociais, emocionais e experiências da usuária e família no percurso do cuidado.

No entanto, a baixa utilização da entrevista com profissionais de saúde indica uma oportunidade de melhoria. Essa etapa pode oferecer informações valiosas sobre a tomada de decisões clínicas, dificuldades enfrentadas nos serviços e percepção dos profissionais quanto à assistência prestada.

É recomendável fortalecer a padronização e completude dos prontuários como documentos essenciais para investigação; estimular a realização de entrevistas com profissionais de saúde, promovendo um olhar mais qualificado sobre os fluxos e condutas assistenciais; ampliar o uso da entrevista domiciliar como recurso para entender os determinantes sociais e obstáculos enfrentados pelas mulheres e garantir a integração entre as fontes para análise crítica e construção de planos de ação voltados à prevenção de novos óbitos.

Gráfico 3 - Número de Consultas de Pré-Natal. Mato Grosso do Sul, 2024.



Entre os 15 óbitos maternos registrados em 2024, observou-se que:

- 66,7% (10/15) das gestantes realizaram sete ou mais consultas;
- 26,7% (4/15) realizaram entre 4 e 6 consultas;
- 13,3% (2/15) realizaram de 1 a 3 consultas;
- O número total de consultas variou entre 2 e 14.

Apesar de 66,7% das gestantes terem realizado sete ou mais consultas, o que está de acordo com o número mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde, observou-se que 33,3% (5 em 15 casos) realizaram menos de sete consultas, sendo que 13,3% (2 casos) tiveram acompanhamento bastante limitado (apenas de 1 a 3 consultas).

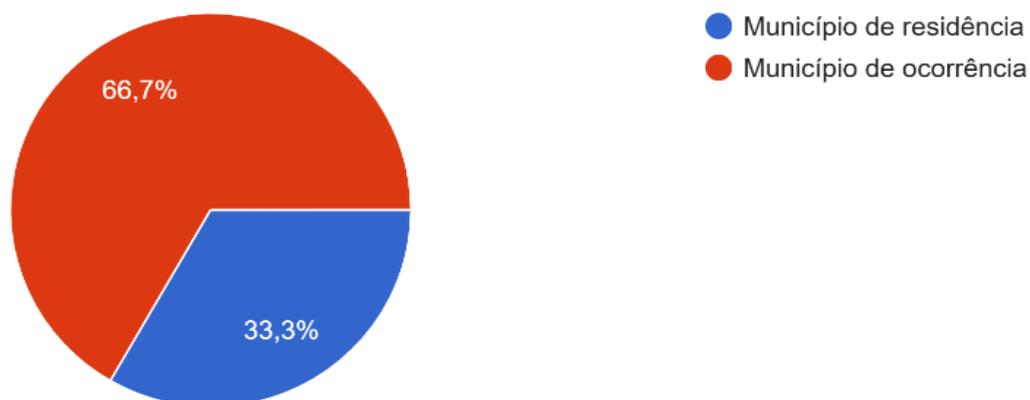
Essa distribuição sugeriu que, embora o início precoce do pré-natal tenha sido um ponto positivo, houve falhas na continuidade do cuidado em parte dos casos. Essa interrupção ou baixa adesão pode estar relacionada a barreiras de acesso, fragilidade

na vinculação das gestantes ao serviço de saúde, ou mesmo à ausência de estratégias de busca ativa e acompanhamento de risco.

Além disso, o fato de gestantes com número adequado de consultas ainda terem evoluído a óbito indica que a qualidade do pré-natal também precisa ser considerada e não apenas a quantidade de consultas, mas como essas consultas foram conduzidas, se houve identificação de riscos, encaminhamentos adequados e respostas oportunas.

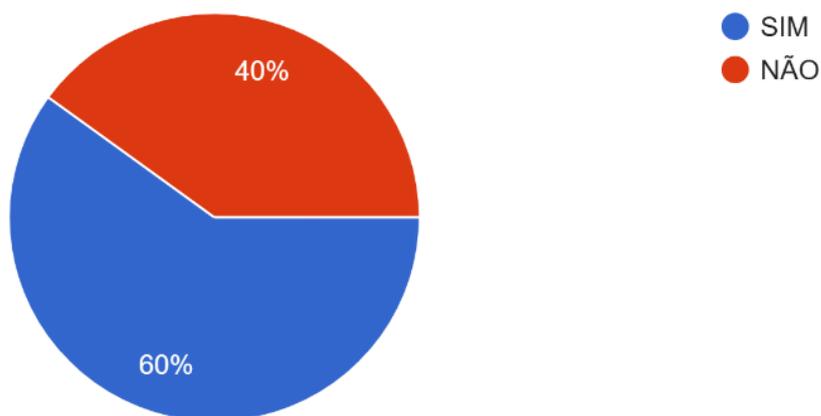
Baseando-se nos dados, é recomendável garantir não apenas o número mínimo de consultas, mas a efetividade clínica do pré-natal; implantar ou fortalecer sistemas de vigilância ativa e acompanhamento de gestantes de risco; monitorar o comparecimento e continuidade do cuidado, com foco nas gestantes que iniciam o pré-natal, mas não o mantêm até o final da gestação e investir na formação das equipes para qualificar a detecção de risco e o manejo precoce de complicações.

Gráfico 4 - Distribuição dos Óbitos Maternos, segundo Local de Ocorrência. Mato Grosso do Sul, 2024.



Em 2024, 33,3% dos óbitos maternos ocorreram fora do município de residência da gestante. Esse dado pode indicar falta de estrutura local, transferências tardias e fragilidade na articulação da rede de atenção obstétrica. A situação reforça a importância de fortalecer os fluxos de referência e contrarreferência, garantir acesso oportuno a serviços especializados e melhorar a capacidade de resposta dos municípios, especialmente nas regiões com menor oferta de atenção obstétrica qualificada.

Gráfico 5 - Percentual de Participação dos Comitês de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil. Mato Grosso Do Sul, 2024.



Dos óbitos maternos registrados em 2024, apenas 60% foram analisados pelo Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil, enquanto 40% foram analisados apenas pelas equipes municipais. Esse cenário contraria a recomendação do Ministério da Saúde, que orienta que 100% dos óbitos sejam discutidos pelo Comitê, a fim de garantir uma análise qualificada de todo o itinerário percorrido pela gestante e produzir recomendações consistentes para prevenção de novos casos.



RESUMO GERAL DA MORTALIDADE MATERNA MATO GROSSO DO SUL, 2024

Em 2024, Mato Grosso do Sul registrou 15 óbitos maternos, número que pode refletir avanços nas estratégias de saúde pública voltadas à atenção à gestante e puérpera. Ainda assim, o monitoramento contínuo e a adoção de medidas preventivas eficazes permanecem fundamentais para consolidar essa redução e avançar na eliminação de mortes evitáveis.

A ocorrência de óbitos em municípios com menor número de nascidos vivos aponta para desigualdades territoriais, possivelmente relacionadas ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde. Essa situação indica a importância de fortalecer a regionalização da assistência obstétrica, garantindo suporte adequado em áreas remotas e menos populosas, por meio de qualificação de profissionais, transporte adequado e integração com a atenção especializada.

Observou-se maior incidência de mortalidade materna entre mulheres jovens, especialmente na faixa etária de 20 a 29 anos, enquanto mulheres acima de 40 anos apresentaram menor ocorrência de óbitos. Esse padrão contraria a tendência esperada de risco aumentado com a idade materna avançada e sugere que fatores sociais, econômicos e comportamentais possam estar impactando mais fortemente as mulheres mais jovens. A análise de determinantes sociais da saúde deve, portanto, ser integrada ao planejamento de ações preventivas.

Apesar de a mortalidade materna entre mulheres indígenas ter representado uma proporção menor em 2024, esse dado não deve ser subestimado. A especificidade cultural, a dificuldade de acesso aos serviços e as barreiras linguísticas e geográficas ainda colocam essa população em situação de vulnerabilidade. A continuidade e o fortalecimento de políticas públicas direcionadas às populações indígenas são essenciais para garantir atenção integral e respeitosa às suas particularidades.

A diversidade de causas, como eclâmpsia, ruptura uterina, aborto, corioamnionite, cardiopatia e até dengue, evidencia a complexidade da mortalidade materna e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial. Isso inclui desde o pré-natal de qualidade, diagnóstico precoce de comorbidades, protocolos bem definidos para emergências obstétricas, até a vigilância em saúde que inclua doenças infecciosas emergentes, como a dengue.

O perfil epidemiológico da mortalidade materna em Mato Grosso do Sul em 2024, destacou a importância de:

- **Atenção integral à saúde da mulher**, com ênfase na atenção primária, vigilância ativa e qualificação da assistência obstétrica;
- **Redução das iniquidades territoriais e étnicas**, com foco em populações vulneráveis, como mulheres indígenas e residentes em municípios de pequeno porte;
- **Fortalecimento das redes de atenção à saúde**, com acesso oportuno a serviços de média e alta complexidade;
- **Capacitação contínua das equipes de saúde**, para o manejo adequado das principais causas de morte materna;
- **Adoção de estratégias intersetoriais**, que levem em consideração os determinantes sociais da saúde e promovam o empoderamento feminino e o planejamento reprodutivo.

Esse conjunto de medidas é essencial para alcançar as metas de redução da mortalidade materna propostas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e garantir o direito à vida e à saúde de todas as mulheres.

MORTALIDADE INFANTIL

A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador de saúde pública que define o número de óbitos de menores de um ano de vida, por 1.000 nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em altas (50 ou mais), médias (20 - 49) e baixas (menos de 20).

Método de cálculo (direto)

Número de óbitos de residentes < 1 ano

x 1.000

Número total de nascidos vivos de mães residentes

COMPREENDENDO OS CONCEITOS BÁSICOS

Óbito Infantil – Ocorre até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 dias.

Óbito fetal ou natimorto – Morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez.

Neonatal precoce: ocorre em crianças de 0 a 6 dias de vida completos.

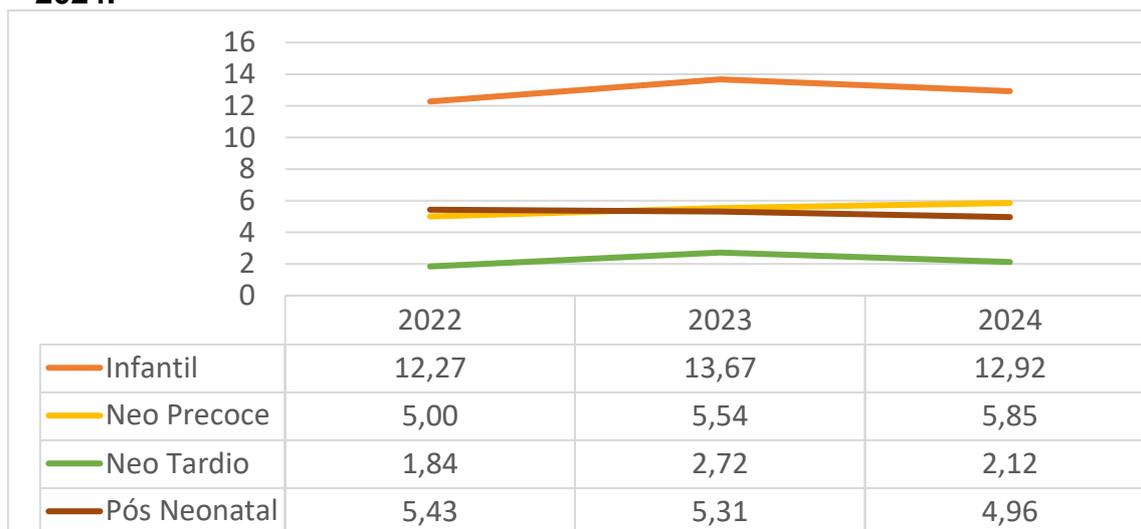
Neonatal tardio: ocorre em crianças de 7 a 27 dias de vida completos.

Pós-neonatal: ocorre em crianças de 28 a 364 dias de vida completos.

A mortalidade infantil compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal, neonatal tardio e pós-neonatal.

A mortalidade infantil é um importante indicador das condições de saúde, qualidade da atenção materno-infantil e acesso a serviços essenciais. Em Mato Grosso do Sul, a taxa de mortalidade infantil (TMI) apresentou oscilações nos últimos três anos, refletindo desafios persistentes na prevenção de óbitos evitáveis em crianças menores de um ano.

Gráfico 6 - Taxa de Mortalidade Infantil e Componentes. Mato Grosso Do Sul, 2022 – 2024.



Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

Apesar da leve redução em 2024, a TMI ainda se mantém acima dos níveis de 2022, o que reforça a necessidade de atenção contínua e qualificada à saúde da criança, principalmente nos períodos mais vulneráveis da vida.

A análise por componentes mostra que a maior contribuição para a TMI nos três anos analisados foi do componente **pós-neonatal** (óbitos entre 28 dias e 11 meses de vida):

Embora em queda progressiva, o componente pós-neonatal continua sendo o mais expressivo, superando o neonatal precoce e tardio, o que sugere fragilidades no acompanhamento e nas condições de vida após o primeiro mês de vida. Podem estar associados a fatores como: doenças infecciosas e respiratórias evitáveis; falta de continuidade do cuidado pós-parto e infantil; vulnerabilidades sociais e ambientais e acesso limitado a serviços de atenção primária e vacinação.

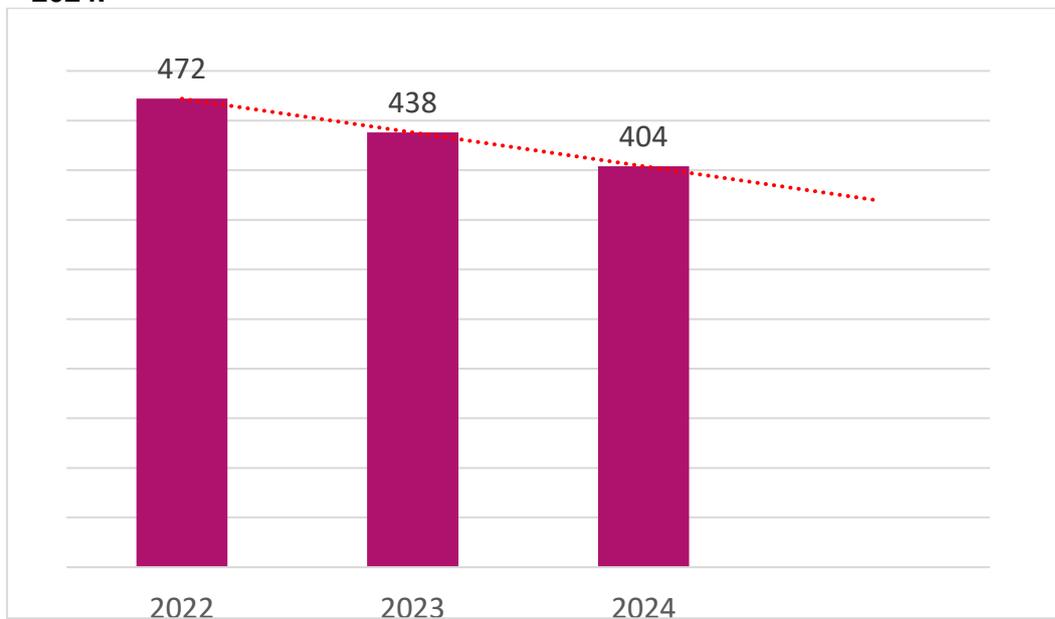
O segundo maior componente foi o neonatal precoce, o que evidencia a necessidade de melhorias na assistência ao parto e ao recém-nascido nas primeiras 24 a 72 horas de vida, período crítico para a sobrevivência infantil.

A análise da TMI e de seus componentes reforça a urgência de fortalecer a rede de atenção primária e vigilância infantil, especialmente após o primeiro mês de vida; qualificar o puerpério e o acompanhamento da criança nos primeiros anos; integrar ações intersetoriais voltadas à melhoria das condições socioambientais e garantir acesso oportuno a serviços de saúde com resposta rápida a sinais de risco.

SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE INFANTIL

Os óbitos fetais em Mato Grosso do Sul apresentaram queda nos últimos três anos, 472 casos em 2022, 438 em 2023 e 404 em 2024 (Gráfico 6), uma redução acumulada de 14,4%. A tendência é positiva, mas o número ainda é alto, exigindo reforço na vigilância pré-natal, detecção precoce de riscos e qualificação da assistência obstétrica.

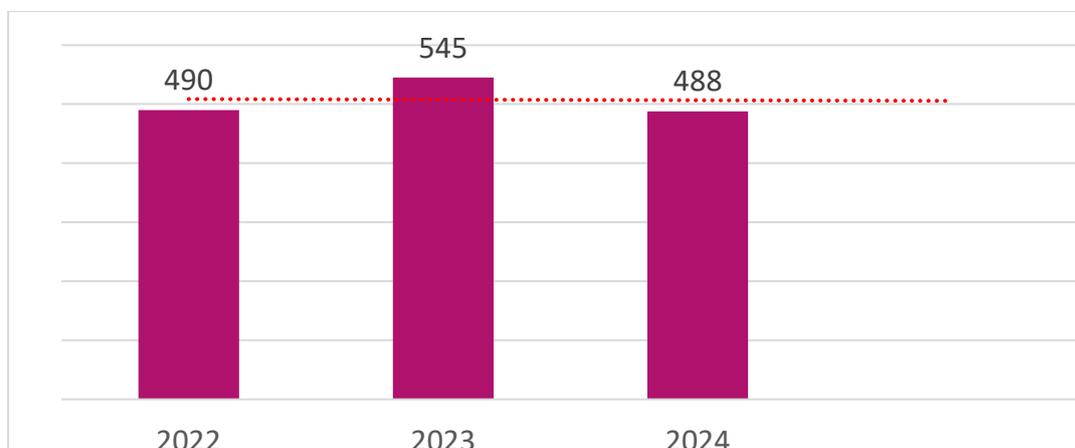
Gráfico 7 - Série Histórica do Número Absoluto de Óbitos Fetais. Mato Grosso do Sul, 2022 – 2024.



Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

Entre 2022 e 2024, os óbitos infantis em Mato Grosso do Sul oscilaram: 490 em 2022, 545 em 2023 (alta de 11,2%) e 488 em 2024 (queda de 10,5% em relação a 2023). Apesar da redução recente, o número de 2024 se mantém no mesmo nível de 2022, reforçando a importância de estratégias contínuas para redução dos óbitos evitáveis.

Gráfico 8 - Série Histórica do Número Absoluto de Óbito Infantis. Mato Grosso do Sul, 2022 – 2024.



Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

CAUSAS FREQUENTES DA MORTALIDADE INFANTIL

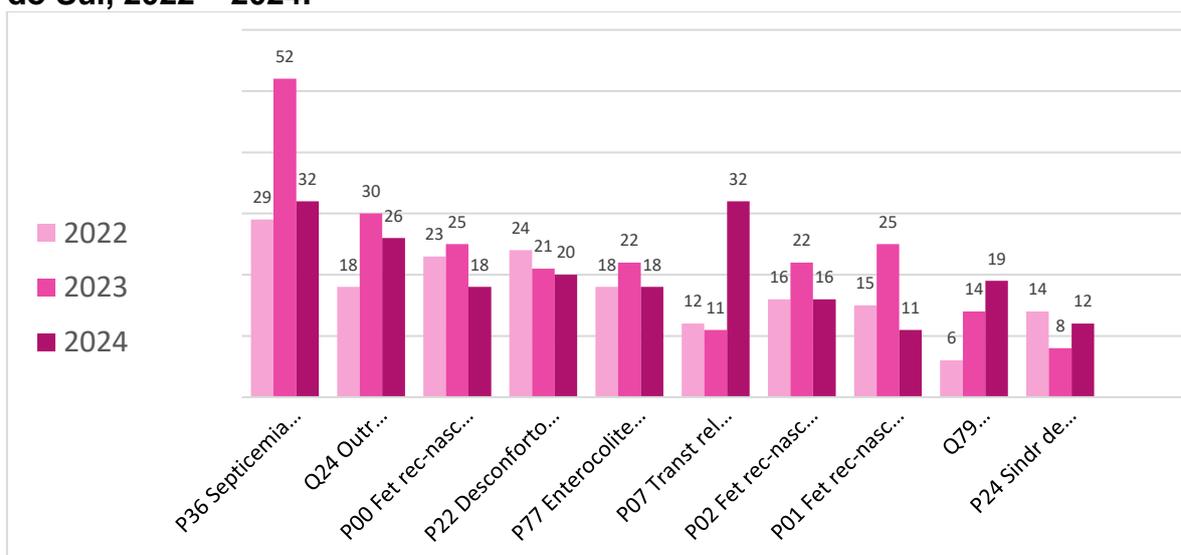
A análise da série histórica de 2022 a 2024 das 10 principais causas de óbitos infantis em Mato Grosso do Sul demonstrou que a maioria está relacionada a condições evitáveis ou passíveis de intervenção por meio de um pré-natal qualificado, parto seguro e assistência neonatal adequada.

Destacou-se o aumento expressivo da mortalidade por prematuridade extrema em 2024, além da persistência de causas como Sepses Neonatais (P36), Desconforto Respiratório do Recém-nascido (P22) e Enterocolite Necrotizante (P77), todas fortemente associadas à prematuridade.



A mortalidade infantil em Mato Grosso do Sul está fortemente associada à prematuridade e suas complicações. Para reduzir os óbitos evitáveis, são essenciais intervenções no pré-natal, parto, assistência neonatal e diagnóstico precoce de malformações. O aumento dos casos relacionados à prematuridade em 2024 destaca a necessidade de uma resposta imediata da rede de atenção materno-infantil.

Gráfico 9 - Número de Óbito Infantil, segundo Causa (Cap. CID10). Mato Grosso do Sul, 2022 – 2024.



Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

A mortalidade infantil em Mato Grosso do Sul está fortemente associada à prematuridade e suas complicações. Para reduzir os óbitos evitáveis, são essenciais intervenções no pré-natal, parto, assistência neonatal e diagnóstico precoce de malformações. O aumento dos casos relacionados à prematuridade em 2024 destaca a necessidade de uma resposta imediata da rede de atenção materno-infantil.

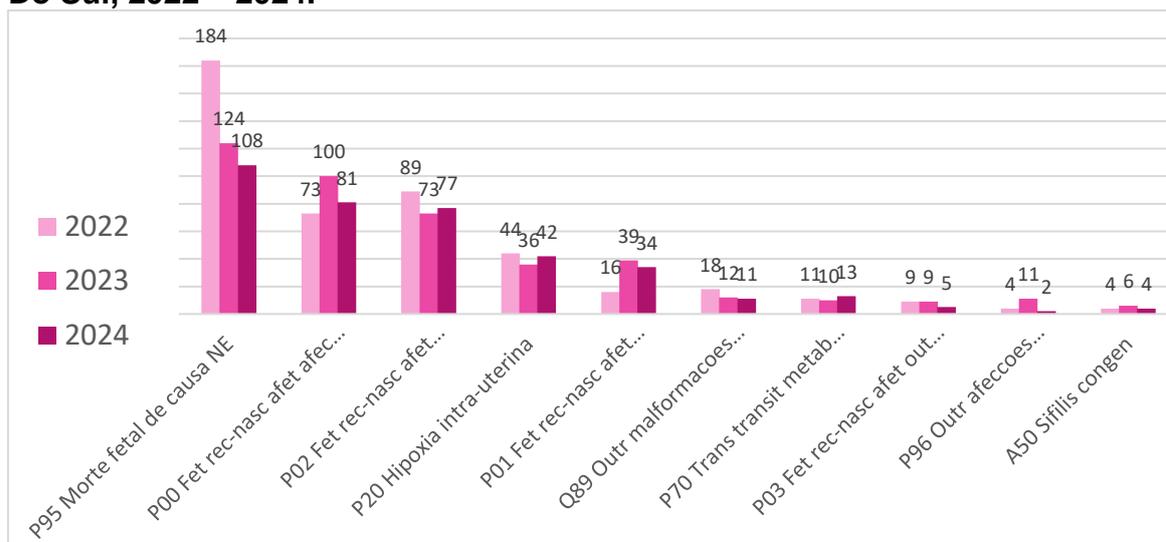
Quadro 4 - Número de Óbito Infantil, segundo Causa (Cap. CID10). Mato Grosso Do Sul, 2022 - 2024.

CID	Causa	2022	2023	2024
P36	Septicemia bacteriana do recém-nascido	29	52	32
Q24	Outras malformações congênitas do coração	18	30	26
P00	Feto recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual	23	25	18
P22	Desconforto respiratório do recém-nascido	24	21	20
P77	Enterocolite necrotizante do feto e recém-nascidos	18	22	18
P07	Transtornos relacionados gestação curto duração peso baixo nascer, não classificadas em outra parte (NCOP)	12	11	32
P02	Feto recém-nascido afetados complicações placenta cordão umbilical e membranas	16	22	16
P01	Feto recém-nascido afetados complicações maternas da gravidez	15	25	11
Q79	Malformações congênitas sistema osteomuscular (NCOP)	6	14	19
P24	Síndrome de aspiração neonatal	14	8	12
TOTAL		500	550	498

Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

De 2022 a 2024, foram registrados 1.333 óbitos fetais em Mato Grosso do Sul. As principais causas estão diretamente associadas a falhas no cuidado pré-natal, durante o parto e nas condições maternas.

Gráfico 10 - Número de Óbito Fetal, segundo Causa (Cap. CID10). Mato Grosso Do Sul, 2022 – 2024.



Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

As três principais causas de óbitos fetais: morte fetal de causa não especificada (P95), condições maternas que afetam o feto (P00) e complicações envolvendo placenta, cordão umbilical e membranas (P02), totalizando 68% dos óbitos registrados. Esse cenário evidencia a necessidade de investimentos na qualificação da assistência pré-natal, com foco na melhoria do diagnóstico e registro das causas, no acompanhamento efetivo da saúde materna e na atenção aos aspectos relacionados ao bem-estar fetal e à placenta, visando a prevenção e redução da mortalidade fetal.

Quadro 5 - Número de Óbito Fetal, segundo Causa (Cap. CID10). Mato Grosso do Sul, 2022 - 2024.

CID	Causa	2022	2023	2024
P95	Morte fetal de causa NE	184	124	108
P00	Feto recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual	73	100	81
P02	Feto recém-nascido afetados complicações placenta cordão umbilical e membranas	89	73	77
P20	Hipóxia intrauterina	44	36	42
P01	Feto recém-nascido afetados complicações maternas gravidez	16	39	34
Q89	Outras malformações congênicas (NCOP)	18	12	11
P70	Transtornos transitórios metabolismo carboidratos específicos feto recém-nascidos	11	10	13
P03	Feto recém-nascido afetados outras complicações trabalho parto e do parto	9	9	5
P96	Outras afecções originadas período perinatal	4	11	2
A50	Sífilis congênita	4	6	4
TOTAL		481	442	410

Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos 15 óbitos maternos investigados em 2024 revela dados preocupantes para a vigilância em saúde. A maioria das mortes ocorreu no puerpério, frequentemente após partos cesáreos e fora do município de residência, o que evidencia fragilidades: no cuidado pós-parto; nos mecanismos de contrarreferência e na organização da rede obstétrica.

Apesar de o início do pré-natal ter ocorrido precocemente na maior parte dos casos, cerca de um terço das gestantes não completou o número adequado de consultas, o que comprometeu a detecção precoce de riscos e a continuidade do cuidado.

Outro ponto importante é que a maioria das mulheres já tinha filhos, o que aponta a necessidade de atenção diferenciada às gestantes multíparas, que podem apresentar riscos cumulativos e maior vulnerabilidade clínica e social.

A alta proporção de cesarianas entre os óbitos levanta questionamentos sobre indicação, momento e manejo clínico dessas intervenções, reforçando a necessidade de equipes preparadas para emergências obstétricas. O uso de múltiplas fontes de dados (fichas-síntese, prontuários, entrevistas, sistemas de informação) demonstra esforço das equipes de vigilância, porém, foram identificadas inconsistências e lacunas nos registros, reforçando a importância da qualificação do processo investigativo e da padronização dos instrumentos de coleta.

A mortalidade infantil em Mato Grosso do Sul apresenta forte associação com a prematuridade e suas complicações. Reduzir os óbitos infantis evitáveis exige intervenções efetivas em pontos-chave da linha de cuidado: pré-natal qualificado; parto seguro; assistência neonatal especializada e diagnóstico precoce de malformações congênitas.

Observou-se um aumento expressivo dos óbitos por prematuridade, o que reforça a necessidade de resposta imediata e articulada da Rede de Atenção Materno-Infantil, especialmente da Rede Cegonha/Alyne.

Os dados de mortalidade materna, infantil e fetal em Mato Grosso do Sul reforçam a necessidade de um sistema de saúde mais preparado, humanizado e articulado, capaz de garantir o direito das mulheres e crianças a uma gestação, parto e nascimento seguro.

A Rede Alyne/Cegonha tem papel central na estruturação de fluxos, protocolos e ações coordenadas em toda a linha de cuidado materno-infantil. A resposta efetiva e integrada da rede pode transformar este cenário e salvar vidas.

28 de Maio Não Acabou: Os Alertas Precisam Continuar Vivos

A campanha do 28 de Maio não deve ser apenas uma ação pontual, mas uma prática contínua que fortalece o cuidado com gestantes e contribui para a redução da mortalidade materna e infantil.

Os temas abordados — como o uso do Carbonato de Cálcio e AAS, o cuidado integral à gestante e a importância da amamentação são fundamentais e precisam estar presentes no dia a dia das equipes de saúde.

Manter viva essa campanha é salvar vidas.

Como evitar a mortalidade materna?

Mais de 90% dos casos são causados por complicações durante a gestação, no parto ou pós-parto - mas podem ser prevenidos com os cuidados adequados:

- Contracepção para evitar gravidez indesejada, precoce e controle de doenças.
- Pré-natal regular, boa alimentação e vacinação em dia.
- Partos assistidos por profissionais de saúde.
- Acompanhamento pelo serviço de saúde até 7 dias após o parto.

DETECTAR CEDO PARA AGIR RÁPIDO.
Sua vida é prioridade, busque um serviço de saúde.

Suspeitou de gravidez?

PRÉ-NATAL É O PRIMEIRO PASSO!

O acompanhamento garante uma gestação mais segura, prevenindo riscos e complicações.

Ao notar qualquer sinal de alerta, procure atendimento médico imediato.

Sua vida é prioridade, busque um serviço de saúde.

MS unido pela redução da mortalidade materna!

VAMOS CONTINUAR SALVANDO VIDAS COM ATITUDES SIMPLES:

- Planejamento familiar para uma gravidez segura e saudável
- Início precoce do pré-natal
- Uso de AAS (Ácido Acetilsalicílico) e carbonato de cálcio para prevenir eclâmpsia
- Amamentação imediata para reduzir o risco de hemorragias pós-parto

Sua vida é prioridade, busque um serviço de saúde.

Logos: 28 de maio DIA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, SES, Governo do Estado de Mato Grosso do Sul.

A vida venceu em Mato Grosso do Sul!

REDUZIMOS 32% das mortes maternas entre 2023 e 2024, e juntos podemos ir além!

A educação, empatia e trabalho integrado entre profissionais de saúde e comunidades são caminhos para contribuir para uma **gestação segura**, garantindo mais acesso à informação e promovendo mais acolhimento.

CADA GESTO CONTA. CADA VIDA IMPORTA.

Maternidade segura é um compromisso coletivo.

Cuidar da gestante é cuidar do futuro!

Logos: 28 de maio DIA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, SES, Governo do Estado de Mato Grosso do Sul.

Cuidar da gestação é cuidar da vida.

A mortalidade materna ainda é uma realidade que pode afetar mulheres durante a gravidez, no parto ou até 42 dias após o nascimento do bebê.

MAS A MAIORIA DOS CASOS PODE SER EVITADA!

Realizar o pré-natal desde o início da gestação é essencial para garantir a saúde da mãe e da criança.

Com informação e cuidado, podemos reverter esse quadro.

Sua vida é prioridade, busque um serviço de saúde.

Logos: 28 de maio DIA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, SES, Governo do Estado de Mato Grosso do Sul.

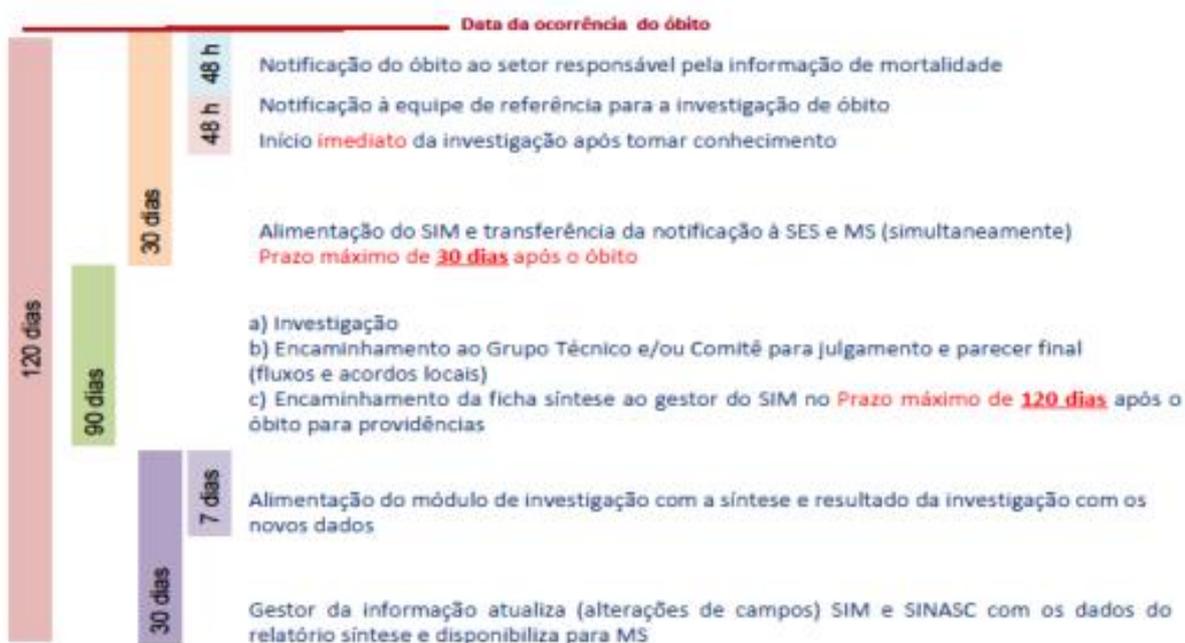
Regulamentação de fluxos e prazos especiais para notificação, investigação e cadastro de óbito de Mulher em Idade Fértil (MIF), Materno, Fetal e Infantil.

Portarias nº1.119 de 06/2008

Portaria nº 116 de 02/2009

Portaria nº 72 de 01/2010

Regulamentação de fluxos e prazos



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL - SES/MS

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SVS

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - CVE

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO MATERNO, FETAL E INFANTIL - GVOMFI