



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Secretaria de Saúde Indígena

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 227/2025-SVSA/SAPS/SAES/SESAI/MS

1. ASSUNTO

Trata-se de apresentação da situação da mortalidade materna no Brasil e das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

2. ANÁLISE

2.1 Definição de óbito materno

2.1.1 A Organização Mundial da Saúde (OMS) define óbito materno como a morte de uma mulher, ocorrida durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, mas não decorrente de causas accidentais ou incidentais.¹

2.2 Critérios para notificação

2.2.1 A redução da morte materna é uma das prioridades do Ministério da Saúde e, para tanto, estabeleceu-se a obrigatoriedade da notificação² e investigação desses óbitos em todo território nacional.³

2.2.2 A Portaria GM/MS nº 1.119 de 05 de junho de 20082, que regulamenta a vigilância de Óbitos Maternos para todos os eventos, confirmados ou não, independentemente do local de ocorrência, a qual deve ser realizada por profissionais de saúde, designados pelas autoridades de vigilância em saúde das esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal, estabelece que:

Art. 2º - Os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência.

2.3 Histórico

2.3.1 A mortalidade materna é um indicador da situação de saúde da população que reflete as condições de vida e qualidade da assistência à saúde das mulheres, tanto no planejamento reprodutivo como na atenção à gestação, ao parto e ao puerpério.

2.3.2 Quanto ao resultado de políticas e investimentos voltados à melhoria da atenção ao ciclo gravídico-puerperal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), houve um declínio significativo da mortalidade materna entre 1990 e 2015, da ordem de 57%, alcançando uma razão de mortalidade materna (RMM) de 62 por 100.000 nascidos vivos (NV). No entanto, cabe ressaltar que não se alcançou, até 2015, a meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabelecida para o Brasil, que projetava para aquele ano uma RMM de 35/100.000 NV.

2.3.3 Diante da necessidade imperativa de melhoria desse indicador, desde a garantia do planejamento reprodutivo até a atenção às gestantes e puérperas, com aumento de acesso oportuno e qualidade assistencial, o Brasil assumiu novo compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS (2016 a 2030) com vistas à redução da RMM para 30/100.000 NV.⁴

2.3.4 As mudanças nos principais determinantes sociais da saúde, bem como na organização dos serviços de saúde ocorridas no Brasil influenciaram positivamente, no acesso à maioria das intervenções de saúde materna e infantil, alcançando uma cobertura quase universal. A implantação de programas verticais de saúde como estímulo a amamentação, reidratação oral e imunização na década de 1980, bem como a criação de uma estratégia nacional de saúde como o Programa de Saúde da Família em meados da década de 1990 contribuíram para essa melhoria.⁵

2.3.5 Todavia, problemas substanciais ainda persistem, como a alta prevalência de cesarianas, as mortes maternas causadas por abortamento e uma alta frequência de partos prematuros.⁵

2.3.6 Ademais, a persistência de iniquidades loco-regionais e étnico-raciais, na magnitude da mortalidade materna no Brasil permanece como um grande desafio no enfrentamento desse problema.⁶

2.3.7 Assim, faz-se necessário o aprimoramento das políticas voltadas para prevenção do óbito materno, estabelecendo prioridades regionais, diminuindo as iniquidades no acesso e na qualidade assistencial, bem como a melhoria da qualidade da informação sobre mortes maternas, entre outros.⁷

2.3.8 Para avançar no enfrentamento e prevenção da morte no grupo materno infantil, em 2024 ocorreu uma atualização da Rede Cegonha com o lançamento da Rede Alyne, que objetiva reduzir a morbimortalidade materna, fetal e infantil com ênfase no componente neonatal, sobretudo da população negra e indígena. A implementação da Rede Alyne está inserida no Planejamento Regional Integrado - PRI para organização de forma ascendente e considerando as especificidades, o perfil epidemiológico e a capacidade instalada nos diferentes territórios.⁸

2.3.9 Além disso, o Ministério da Saúde tem atuado na ampliação e fortalecimento das ações de Vigilância do Óbito (VO) que buscam aprimorar a captação e a qualificação das informações sobre mortalidade materna, bem como subsidiar a atenção à saúde nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

3. MAGNITUDE DO PROBLEMA

3.1 A Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde (MS) é gestora nacional do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e coordenadora das ações de vigilância dos óbitos maternos, de mulher em idade fértil, fetais e infantis, por meio da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilâncias de Doenças Não Transmissíveis (Daent).

3.2 Este documento utiliza dados oficiais provenientes do Sinasc e do SIM, no período de 2012 a 2023.

3.3 A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é o indicador utilizado para mensurar a mortalidade materna, obtido a partir da seguinte fórmula⁹:

Número de óbitos de mulheres residentes por causas e condições consideradas morte materna	X	100.000
Número de nascidos vivos de mães residentes		

3.4 Tendo em vista os problemas de subnotificação de óbitos maternos ao SIM, o numerador da RMM é corrigido, dando origem à chamada RMM Vigilância. Ou seja, desde 2009, a RMM do Brasil e Unidades da Federação é corrigida utilizando dados da investigação de óbito de mulheres em idade fértil (MIF).

3.4.1 Para obter a RMM Vigilância, o primeiro procedimento foi calcular a variação percentual entre a quantidade de óbitos maternos

declarados antes e depois da investigação. Em seguida, foi definido um padrão ouro (incremento) para essa variação, igual a 34,3%, que representa a média aritmética ponderada dos incrementos verificados nos estados onde pelo menos 98% dos óbitos MIF foram investigados e com ficha síntese informada, o que correspondeu aos estados de Roraima em 2015, Tocantins em 2012 e Paraná em todos os anos de 2010 a 2015.

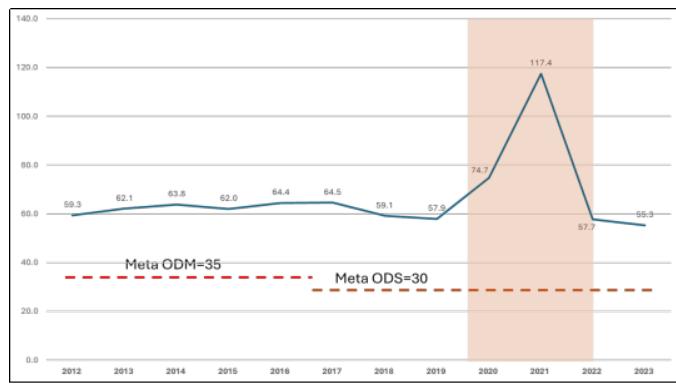
3.4.2 Nos casos em que a variação foi maior ou igual ao padrão ouro, a RMM Vigilância foi definida como sendo igual à RMM Direta, ou seja, sem correção. Nos demais casos, a RMM Vigilância foi calculada com óbitos iguais à quantidade declarada antes da investigação, acrescida do percentual do padrão ouro. Feita a correção na quantidade de óbitos maternos e utilizando-se os nascidos vivos do Sinasc, foram obtidas as RMM Vigilância de cada Unidade da Federação, nos anos em que os dados de vigilância estão disponíveis, ou seja, de 2009 em diante. Doravante, serão apresentados apenas resultados relativos à RMM Vigilância.¹⁰

3.5 Entre 2012 e 2019, o número de óbitos maternos no Brasil, notificados ao SIM, estiveram entre 1,5 mil e 1,7 mil. Porém, nos anos de 2020 e 2021, período mais crítico da pandemia da Covid-19, o Brasil apresentou as maiores quantidades de óbitos maternos do período. Em 2020, foram 1.965 óbitos e, em 2021, foram 3.030. Em 2022, o número de óbitos maternos reduziu para 1.370, retomando a tendência de declínio observada antes do início da pandemia de Covid-19. Esse declínio permaneceu em 2023, chegando a 1.325 óbitos naquele ano.

3.6 Comportamento similar ocorreu com a RMM. Conforme a série temporal apresentada na Figura 1 e no Anexo desta Nota Técnica, de 2012 até o ano de 2019 o Brasil apresentou um período de relativa estabilidade no indicador. Durante a pandemia de Covid-19 ocorreu um aumento acentuado da RMM, variando de 57,9 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos em 2019 para 74,7 em 2020 e para 117,4 em 2021. De 2019 a 2021, a RMM do Brasil aumentou 102%. Em 2023, a RMM nacional apresentou o menor patamar da série, com 55,3 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. Entre 2012 e 2023, observou-se uma redução de 6,7% na RMM.

3.7 Assim, durante o período da pandemia, o Brasil distanciou-se ainda mais da meta pactuada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para esse indicador. Ressalta-se que o fator de correção da RMM Vigilância, para o Brasil, manteve a tendência de declínio observada desde 2012, não impactando substancialmente as estimativas no período da pandemia de Covid-19.

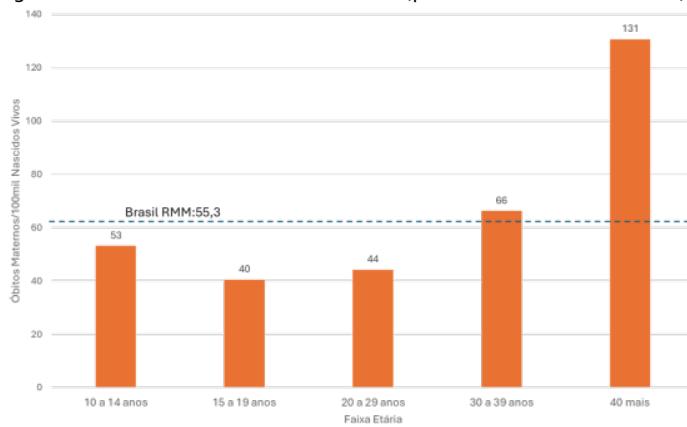
Figura 1 - Razão de Mortalidade Materna. Brasil, 2012 a 2023. Meta dos ODM (até 2015) e Meta dos ODS (a partir de 2015)



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (CGIAE/Daent/ SVSA/MS).

3.8 Quanto à faixa etária, em 2023 a RMM foi maior em mulheres de 40 anos ou mais. Observou-se também uma razão maior que a média no grupo entre 30 e 39 anos (Figura 2). Destaca-se que 121 óbitos (9%) ocorreram em adolescentes, sendo sete meninas de 10 a 14 anos e em 114 com idade entre 15 e 19 anos.

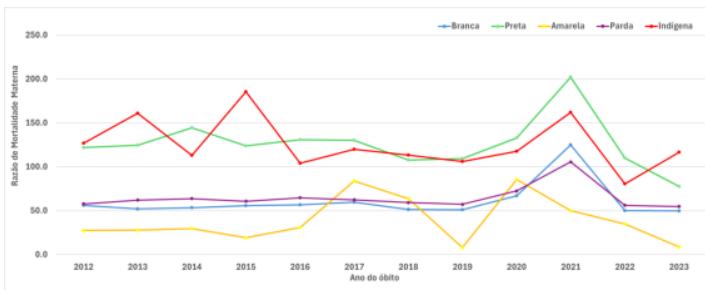
Figura 2- Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) por faixa etária da mãe. Brasil, 2023.



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (CGIAE/Daent/ SVSA/MS).

3.9. No período de 2012 a 2023, as maiores RMM ocorreram entre as mulheres pretas e indígenas, variando entre 100 e 200 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. Em 2021, houve um aumento na RMM em mulheres de todas as raças/cores, exceto a amarela. Em 2022, houve uma diminuição da RMM em todas as raças/cores. Em 2023, a RMM em mulheres indígenas aumentou e, nas mulheres pretas, reduziu para menor RMM do período analisado, com 77,7/ 100mil nascidos vivos. (Figura 3). Quando comparadas com o percentual desses grupos étnicos-raciais na população brasileira geral, vê-se que negras (pretas e pardas), que representam aproximadamente 55% da população feminina do Brasil, e indígenas representando 0,8%, foram afetadas desproporcionalmente.¹¹

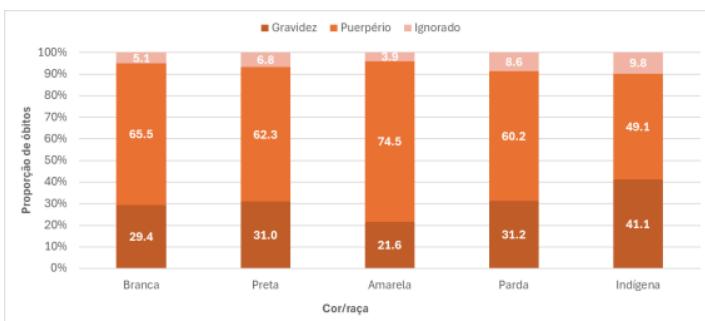
Figura 3 - Razão de Mortalidade Materna por raça/cor da mãe. Brasil, 2012 a 2023.



Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (CGIAE/Daent/ SVSA/MS).

3.10 Na figura 4 vemos a predominância dos óbitos maternos ocorrendo no período puerperal. A distribuição dos óbitos maternos revela padrões epidemiológicos diferenciados entre os grupos raciais/étnicos, evidenciando importantes disparidades nas vulnerabilidades perigestacionais. Mulheres indígenas exibem padrão distinto, com distribuição quase equitativa entre gestação (41,1%) e puerpério (49,1%), sugerindo maior vulnerabilidade no período anteparto comparativamente aos demais grupos.

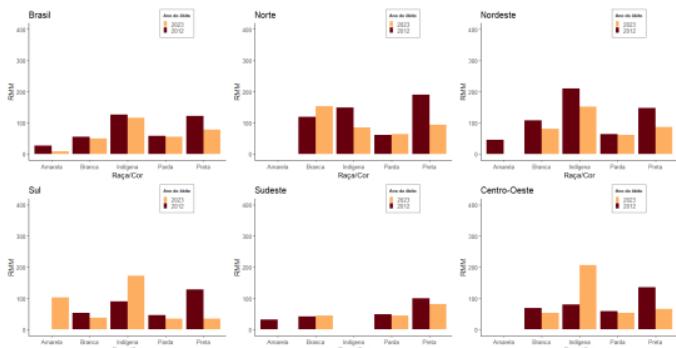
Figura 4 - Distribuição Proporcional dos óbitos maternos por raça/cor, segundo momento da ocorrência em relação à gestação. Brasil, 2012 e 2023.



Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

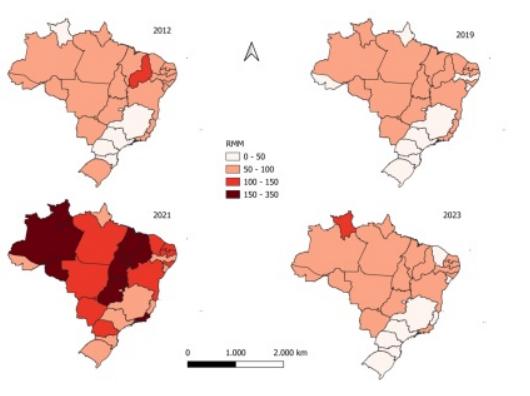
3.11 Quando analisados os anos extremos da série, estratificados por macrorregião e raça/cor da pele, observa-se que a RMM de mulheres pretas reduziu em todas as regiões. Já a RMM em indígenas aumentou nas regiões Sul e Centro-Oeste. Na região Sudeste, a maior RMM em ambos os anos foi nas mulheres pretas e não houve registro de óbitos em indígenas nesse período (Figura 5).

Figura 5 - Razão de Mortalidade Materna por raça/cor, segundo macrorregiões. Brasil, 2012 e 2023.



3.12 Conforme Figura 6 e Anexo 1 desta Nota Técnica, no período de 2012 e 2023, a RMM diminui no Nordeste, Centro-Oeste e Sul. Em 2021, durante o período mais crítico da pandemia, o mapa revela oito unidades federadas com as taxas mais elevadas de RMM: Roraima (309,3), Tocantins (227,4), Rondônia (188,7), Rio de Janeiro (168,5), Piauí (160,9), Maranhão (158,3), Amazonas (155,5) e Goiás (153,9). Em 2023, as maiores RMM foram observadas em quatro Unidades da Federação: Roraima (129,7), Maranhão (97,7), Amapá (92,7) e Amazonas (88,0).

Figura 6 - Razão de Mortalidade Materna por Unidade da Federação. Brasil, 2012, 2019, 2021 e 2023.



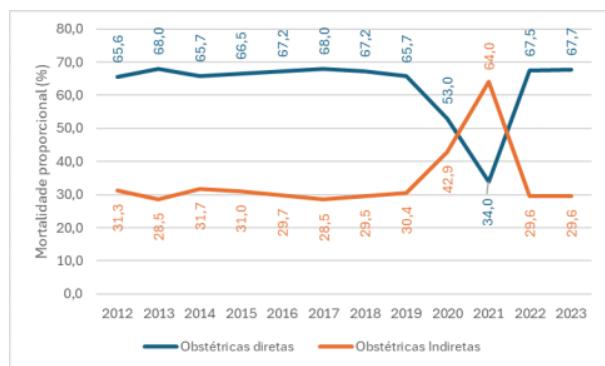
Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (CGIAE/Daent/ SVSA/MS).

3.13 Em 2023, o maior número de óbitos foi registrado nos estados mais populosos: São Paulo (212), Rio de Janeiro (129), Bahia (98), Minas

Gerais (98) e Pará (83) evidenciando que, mesmo com RMM relativamente menores, esses estados contribuíram significativamente para o total de óbitos maternos no país (Anexo 2). Assim, a redução da mortalidade materna no Brasil requer uma estratégia dual, intensificando intervenções em estados com RMM elevada (como Roraima, Maranhão e Amapá), mas também atendendo às necessidades de estados muito populosos, com menores razões, mas com números absolutos muito mais elevados para que a média do país seja modificada de maneira expressiva. Esta abordagem equilibrada, com ações específicas para cada realidade territorial é essencial para evitar mortes e, consequentemente, cumprir as metas nacionais e internacionais estabelecidas.

3.14 No Brasil, predominam as mortes maternas obstétricas diretas, que são aquelas que ocorrem devido a complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, relacionadas diretamente a intervenções, omissões ou tratamento inadequado durante estes períodos. Ao longo da série, as mortes obstétricas diretas representam uma média de 61% do total de óbitos maternos (Figura 7). Durante os anos da pandemia, observa-se o único momento em que esta distribuição apresenta uma movimentação relevante. Em 2020, as diretas representaram apenas 53% e em 2021, foram 34% do total de óbitos maternos. A partir de 2022, observa-se um retorno ao padrão habitual, em que estes óbitos predominam.

Figura 7 – Mortalidade proporcional dos óbitos maternos declarados, agrupados segundo causas obstétricas diretas e indiretas. Brasil, 2012 a 2023

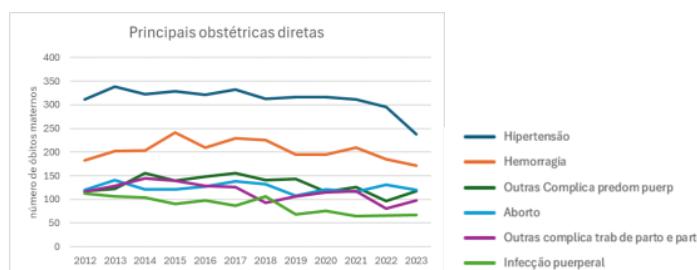


Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGIAE/Daent/SVSA/MS).

(*) As causas inespecíficas se obstétricas diretas ou indiretas, não foram representadas na figura acima, e representam em média 3% de todos os óbitos maternos, todos os anos.

3.15 Dentre as causas obstétricas diretas, as principais causas são hipertensão, hemorragia, infecção puerperal, aborto, outras complicações predominantes no puerpério, outras complicações trabalhos de parto e parto (Figura 8), representaram respectivamente 29,2, 19,1, 12,3, 11,7, 10,9 e 8,2% do total das obstétricas diretas, totalizando portanto 91,4% dos óbitos deste grupo.

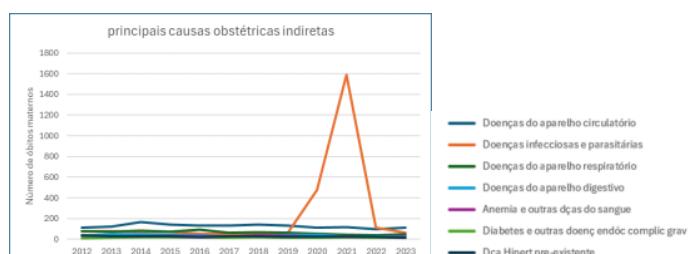
Figura 8 – Número de óbitos maternos declarados por causas obstétricas diretas, estratificados segundo as principais causas de morte deste grupo. Brasil, 2012 a 2023



Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGIAE/Daent/SVSA/MS).

3.16 As mortes maternas obstétricas indiretas são causadas por uma doença não obstétrica que se agrava ou surge durante esse período, e não diretamente relacionada com complicações da gravidez ou do parto. Em outras palavras, a doença preexistente ou que se manifesta durante a gravidez é agravada pelas mudanças fisiológicas da gravidez, levando ao óbito. Dentre as causas obstétricas indiretas, no período estudado, as principais são doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, anemia e outras doenças do sangue, doença hipertensiva pré-existente, diabetes e outras doenças endócrinas complicando a gravidez, representaram respectivamente 36,5, 20,0, 10,3, 5,8, 4,5, 4,0 e 2,5 % do total das obstétricas indiretas (Figura 9), totalizando portanto 84,0% dos óbitos deste grupo. Como é evidente o comportamento das doenças infecciosas e parasitárias durante a pandemia, com 56,5, 82,0, e 27,7% dos óbitos deste grupo, torna impossível analisar a participação proporcional das outras causas de mortalidade, pois a escala é tão diferente que não se consegue analisar as grandezas destas outras causas.

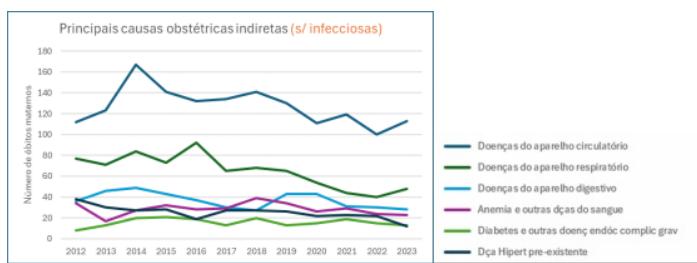
Figura 9 – Número de óbitos maternos declarados por causas obstétricas indiretas, estratificados segundo as principais causas de morte deste grupo. Brasil, 2012 a 2023



Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGIAE/Daent/SVSA/MS).

3.17 Excluir as causas infecciosas e parasitárias da série estudada de mortes maternas obstétricas indiretas, permite visualizar um comportamento mais claro das outras principais causas de morte materna obstétricas indiretas, pouco evidente na Figura 9, devido a questões de escala. Pela Figura 10, pode-se ver que as principais causas, tem uma participação relativamente estável, onde na média, nesta ordem de importâncias as causas: doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, anemia e outras doenças do sangue, doença hipertensiva pré-existente, diabetes e outras doenças endócrinas complicando a gravidez representam respectivamente 36,5, 20,0, 10,3, 5,8, 4,5, 4,0, e 2,5 na média do período de 2012 a 2023.

Figura 10 – Número de óbitos maternos declarados por causas obstétricas indiretas, estratificados segundo as principais causas de morte deste grupo, excluindo as causas infecciosas. Brasil, 2012 a 2023



Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGIAE/Daent/SVSA/MS).

4. AÇÕES EM DESENVOLVIMENTO

4.1 A redução da mortalidade materna, por sua complexidade, requer o fortalecimento da atuação de forma inter e intrasetorial, dos setores de educação, desenvolvimento social, de vigilância e atenção à saúde das gestantes e puérperas, bem como do acesso ao planejamento reprodutivo, em todos os níveis de gestão.

4.2 Diante disso, as Secretarias de Vigilância em Saúde e Ambiente, Atenção Primária à Saúde, Secretaria de Saúde Indígena e de Atenção Especializada à Saúde desenvolvem ações voltadas para redução da mortalidade materna, cujas especificidades se complementam.

4.1.1 Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA

4.1.1.1 A SVSA é responsável pelas ações de vigilância do óbito, que incluem a notificação e investigação. Para o ano de 2025, estão previstas as seguintes ações de fortalecimento:

- Atualização do Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, bem como dar suporte aos estados para sua implementação;
 - Atualização do Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal;
 - Atualização das fichas de investigação dos óbitos materno, infantil e fetal para seguir para produção no módulo de investigação no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM);
 - Monitoramento de cinco indicadores dos ODS 3:
- Razão de Mortalidade Materna;
Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado;
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos;
Taxa de mortalidade neonatal;
Taxa de nascidos vivos de mães adolescentes.
e) Publicação de Boletins Epidemiológicos sobre mortalidade materna, infantil e fetal;
f) Fortalecimento da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito (RNSVO), objetivando qualificar as informações sobre os óbitos de causa natural, permitindo intervenções direcionadas à redução da mortalidade materna, fetal e infantil evitáveis e, com isso, contribuir para análise da situação da rede de atenção à saúde;
g) Parceria com as Secretarias de Atenção Primária (SAPS) e Especializada (SAES), Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES) para fortalecer a vigilância e reduzir a mortalidade materna, fetal e infantil por causas evitáveis;
h) Colaboração nos projetos e discussões relacionados à Rede Alyne.

4.1.2 Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS

4.1.2.1 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) reflete o compromisso do MS com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas evitáveis. Suas ações visam fornecer informações sobre contracepção e concepção, além de garantir a disponibilidade de diversos métodos contraceptivos para a população em idade reprodutiva, incluindo a promoção da atenção integral e a qualificação do pré-natal, parto e puerpério em todos os níveis de atenção à saúde, a partir da eliminação de práticas inapropriadas, que violem os direitos das mulheres.

A Rede Alyne, instituída pela Portaria GM/MS nº 5.350 e Portaria GM/MS nº 5.349, atualiza a Rede Cegonha e visa melhorar os cuidados à saúde materna e infantil, priorizando a promoção da equidade étnico-racial e locorregional. Estabelece como meta a redução da mortalidade materna em 25% até 2027 e em 50% entre as mulheres negras, além de promover um modelo de cuidado que prioriza o cuidado integral para mulheres e bebês.

- 4.1.2.2 Algumas das ações em realização por esta secretaria para o enfrentamento e redução da mortalidade materna, cita-se:
- Reformulação da Rede Cegonha através das Portarias da Rede Alyne, com atualização dos valores e componentes de financiamento;
 - Atualização da Caderneta da Gestante (9º edição);
 - Implementação da Estratégia 10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna em parceria com estados;
 - Atualização de diretrizes clínicas de prevenção e manejo de agravos frequentes no ciclo gravídico-puerperal;
 - Ampliação da oferta e do acesso a métodos contraceptivos modernos e reversíveis, incluindo discussões para incorporação de novos métodos;
 - Qualificação de profissionais do Mais Médicos nos temas de saúde da mulher, com desenvolvimento de habilidade para oferta contraceptiva;
 - Fortalecimento de ações intersetoriais e com parceiros para redução de gravidez não intencional e gravidez na adolescência;
 - Criação do Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil;
 - Reformulação da Estratégia de Qualificação Profissional para o Manejo de Urgências e Emergências Obstétricas das principais causas de óbito materno;
 - Fortalecimento do Telepnar (Projeto de Telemonitoramento do Pré-natal de Alto Risco e Intercorrências Obstétricas) e perspectiva de ampliação para toda a Amazônia Legal.

4.1.2.3 Destaca-se que todas as ações incluem a qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), dos serviços e dos profissionais.

4.1.3 Secretaria de Saúde Indígena - Sesai

4.1.3.1 Esta Secretaria coordena e executa a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS (SasiSUS), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). A execução das ações de saúde é feita pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei), que é a unidade gestora descentralizada do SasiSUS, organizada em um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. A distribuição dos 34 Dsei não obedece aos limites territoriais das Unidades Federadas.

- 4.1.3.2 Dentre as ações desenvolvidas para o enfrentamento e redução dos óbitos maternos, destacam-se:
- Intensificação da busca ativa de gestantes indígenas pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), com a participação dos especialistas indígenas (parteiras e parteiros indígenas, raizeiros, pajés, curandeiros), que colaborou para o aumento da cobertura do pré-natal;
 - Monitoramento dos indicadores estratégicos de saúde da mulher, para análise da efetividade das ações de saúde nos territórios;
 - Realização de testes rápidos nos territórios para gravidez, sífilis, HIV, Hepatites B e C, exames para malária (teste rápido ou gota espessa) em gestantes indígenas nos DSEIs endêmicos para a identificação precoce de gestantes de risco de morbimortalidade, possibilitando o manejo adequado e oportuno pelas EMSI;

- d) Inclusão nos instrumentos de gestão (PPA, PNS e PDSI) e monitoramento dos indicadores:
 Percentual de gestantes com acesso a seis (6) consultas ou mais de pré-natal;
 Percentual de gestantes indígenas com gestações finalizadas entre 22 e 36 semanas de gestação;
 Proporção de mulheres indígenas entre 25 e 64 anos, com 01 (um) acesso à coleta do exame citopatológico no ano;
 Percentual de óbitos maternos indígenas investigados;
 Percentual de gestantes com acompanhamento do estado nutricional realizado.
- e) Instituição, no âmbito da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), do Comitê de Redução da Mortalidade na Infância Indígena para promover e qualificar a oferta de ações e serviços de saúde e saneamento ambiental, considerando os diferentes contextos étnicos-culturais da população indígena;¹²
- f) Fomento para implantação do Grupo Técnico de Vigilância do Óbito (GTVO) nos 34 Dsei;
- g) Criação da sala situacional de saúde da mulher nos 11 Dsei prioritários para redução da mortalidade materna, através da elaboração de diagnóstico situacional para intermediar a construção do Plano de Ação para redução da mortalidade materna;
- h) Elaboração de um guia de pré-natal específico para Yanomami, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a FUNAI;
- i) Celebração do Proadi-Sus com o Hospital Sírio-Libânes e Sesai: Tecnologias e Estratégias Remotas para o Avanço da Saúde Especializada em Territórios Indígenas - Cuidado Especializado Digital com o objetivo de fortalecer e qualificar as Linhas de Cuidado voltadas à Saúde Materna e Infantil, Prevenção e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e Atenção Psicossocial para os Dsei prioritários;
- j) Aprovação do Proadi-Sus "Promoção de melhorias assistenciais no cuidado integrado e na articulação da rede em relação às linhas de atenção ao câncer de colo do útero e atenção à saúde materna e infantil na saúde indígena - MICCI", em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein. A iniciativa será implementada nos Dsei Xavante e Kaiapó do Pará;
- k) Celebração de um projeto entre Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (Dsei/ISUL), Sesai e UNFPA para elaboração do projeto de atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres indígenas atendidas pelo Dsei/ISUL, cujo objetivo é qualificar os profissionais para atenção à saúde sexual e reprodutiva com foco no planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos para atenção ginecológica no contexto intercultural da Saúde Indígena do Dsei/ISUL, para fortalecer as ações de promoção de saúde sobre a saúde sexual reprodutiva nas Unidades Básica de Saúde Indígena;
- l) Construção de nota técnica nº 09 sobre disponibilização de métodos contraceptivos no subsistema de atenção à saúde indígena para orientar os gestores dos Dsei e profissionais de saúde quanto a disponibilização dos métodos contraceptivos disponíveis no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e como é realizada a aquisição desses métodos;
- m) Oficina de qualificação em vigilância integrada com a COVISI e o UNFPA para promoção dos direitos sexuais e reprodutivos na saúde indígena para os 34 Dsei;
- n) Conferência das mulheres indígenas com o objetivo de articular a valorização e potencialização da sociobiodiversidade e conhecimentos ancestrais, promovendo o cuidado integral da saúde da mulher indígena para o bem-viver e atenção aos ciclos de vida;
- o) Realização de encontros de parteiras indígenas para o fortalecimento e valorização as tecnologias de cuidado em saúde e práticas protetivas dos povos indígenas.

Essas iniciativas contribuem significativamente para a redução do tempo de espera na fila da regulação, oferecendo consultas especializadas, fortalecendo as ações das equipes de saúde indígena ao evitar os deslocamentos desnecessários dos pacientes para fora de seus territórios, ampliando a resolutividade, promovendo o diagnóstico precoce e assegurando a continuidade do cuidado para melhorar a rede e articulação entre os serviços de saúde que têm interface com a assistência à essa população, bem como qualificando os profissionais de saúde que realizam sua assistência, contribuindo para a redução de morbimortalidade materna nos territórios indígenas.

4.1.4 Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES

- 4.1.4.1 Algumas das ações em realização por esta secretaria para o enfrentamento e redução da mortalidade materna, cita-se:
- a) Reformulação e pactuação da Rede Cegonha em Rede Alyne em articulação com outras coordenações e departamentos do Ministério da Saúde. Os valores de custeio já existentes na Rede Cegonha foram atualizados, e serão criados custeios para os complexos reguladores, para o transporte inter-hospitalar de gestantes e recém-nascidos que necessitem de cuidados intensivos, para os Ambulatórios de Gestação e Puerpério de Alto Risco, para os Ambulatórios especializados no Seguimento de recém-nascidos (RN) e crianças prioritariamente egressas da Unidade Neonatal, bem como para o Incentivo de Rede. Dentro desta perspectiva, estão sendo propostas soluções para desafios que impactam diretamente na mortalidade materna, direcionando esforços para o fortalecimento da rede de atenção à saúde materna e infantil e seus pontos de atenção. As ações incluem a redução da necessidade de deslocamentos desnecessários por parte das gestantes, a ampliação do acesso de maneira inclusiva, e a criação e monitoramento de indicadores que induzam a incorporação de boas práticas de gestão e de cuidado e da mortalidade materna, como atenção à redução de iniquidades étnico-raciais e de acesso aos serviços de saúde;
- b) A SAES conduziu a seleção do Novo PAC Saúde no eixo Maternidades e Centro de Parto Normal (CPN) com o objetivo de ampliar a oferta de serviços na rede materna e infantil, priorizando regiões com vazios assistenciais e com maior vulnerabilidade. Serão construídos 30 CPNs peri-hospitalares e 36 maternidades, com estrutura completa, incluindo CPNs intra-hospitalares, leitos obstétricos, Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, Banco de Leite Humano, Ambulatórios de Gestação e Puerpério de Alto Risco e de Seguimento do RN e criança Egressos de Unidades Neonatais. Os novos serviços serão importantes pontos de atenção na linha de cuidado da saúde da mulher e da criança, oferecendo uma estrutura que promove o cuidado transversal, pautado nos direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar, pré-natal de alto risco, humanização do parto e nascimento, puerpério, seguimento do RN e criança de risco e acolhimento às mulheres vítimas de violência;
- c) Implementação do Projeto TeleUTI Obstétrica em parceria com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, oferecendo atendimento remoto às equipes assistenciais de UTI para discussão de casos de gestantes/puérperas com comorbidades obstétricas relacionadas à mortalidade materna;
- d) Apoio institucional nas áreas de gestão, atenção e formação em 75 maternidades no Brasil, sendo 10 serviços de referência, 40 serviços com maior concentração de óbitos maternos e neonatais nos últimos quatro anos e 25 hospitais universitários EBSERH em parceria com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. As temáticas de apoio perpassam por fortalecimento da gestão, qualificação do cuidado obstétrico e neonatal e vigilância e prevenção das morbidades e mortalidades materna e neonatal;
- e) Atualização dos serviços cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e códigos dos procedimentos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - Sigtap realizados nos serviços Rede Alyne;
- f) Fortalecimento de 25 maternidades EBSERH através do Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por Hospitais Universitários Federais Integrantes do Sistema Único de Saúde - PRHOSUS, destinado a ampliar e qualificar os serviços prestados ao Sistema Único de Saúde - SUS. Tem como objetivo criar condições para que os hospitais universitários federais possam desempenhar as suas ações assistenciais com qualidade e efetividade;
- g) Elaboração de documento com diretrizes para a qualificação dos Complexos Reguladores e Transporte Inter-hospitalar de gestantes, puérperas e recém-nascidos;
- h) Fomento ao uso do Sistema de Monitoramento do Cuidado Obstétrico e Neonatal (SMCON) nos serviços especializados obstétricos e neonatais para qualificação da gestão e atenção à saúde;
- i) Colaborações e construções conjuntas com outras áreas e secretarias como a caderneta digital da gestante, Grupo de Trabalho para elaboração da Linha de Cuidado Materna e Infantil para população Yanomami, revisões das fichas de investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais, Plano Nacional de Enfrentamento da Mortalidade Materna, Comitê de Mobilização Nacional da Rede Alyne, dentre outros;
- j) Ações positivas, em conjunto SAES, SAPS e SVSA, no enfrentamento das iniquidades étnico-raciais na mortalidade materna como inserção da categoria de análise raça/cor nas notas metodológicas e indicadores de monitoramento Rede Alyne e produções de notas técnicas sobre uso de dados raça/cor dos sistemas de informação (Sinasc, SIM, SINAN, SCNES, SIA e SIH-SUS) em articulação entre as secretarias para os indicadores Rede Alyne.

5. CONCLUSÃO

5.1 A mortalidade materna mantém-se como um problema de Saúde Pública no Brasil, com diferenças regionais e étnico-raciais. Trata-se de

um importante indicador de saúde, não apenas das mulheres, mas da população toda.

5.2 Evidenciou-se que a mortalidade materna no Brasil ainda é preocupante e foi agravada nos últimos anos pela Covid-19, levando o país a um distanciamento do alcance das metas estabelecidas pela Agenda 2030. Todavia, em 2023, a RMM do Brasil registrou o menor valor na série apresentada.

5.3 Embora o Brasil venha registrando diminuição na RMM, ela vem ocorrendo de forma muito lenta, com redução de 6,7% em dez anos. Isso impõe ao país a necessidade urgente de fazer um pacto nacional entre os diferentes níveis de governo para acelerar a redução da mortalidade materna, este grave problema de saúde pública.

5.4 Por fim, reitera-se que o Ministério da Saúde, por meio de suas Secretarias, envida esforços para superar os desafios e as desigualdades aqui apresentados, não só para alcançar as metas pactuadas mas, principalmente, impedir a ocorrência de óbitos evitáveis e garantir o direito à saúde.

6. REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Manual de Instrução, volume 2 - 10^a revisão. São Paulo: Edusp; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html#:~:text=Regulamenta%20a%20Vigil%C3%A2ncia%20de%20
4. World Health Organization. Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o Desenvolvimento sustentável. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 28 maio. 2020
5. VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, maio 2011.
6. MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, p. 623-638, 2011.
7. MOTTA, C. T., MOREIRA, M. R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 4397-4409, 2021.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017.
9. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Fichas de Qualificação do Indicador Razão de mortalidade materna - C.3 [Internet]. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-3/?l=pt_BR>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Capítulo 2, Mortalidade materna nas unidades da Federação, regiões e no Brasil: uma análise de 2000 a 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 2022 mai].
11. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: resultados preliminares. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Sesai/MS Nº 86, de 21 de maio de 2024. Institui, no âmbito da Secretaria de Saúde Indígena, o Comitê de Redução da Mortalidade na Infância Indígena, que visa promover e qualificar a oferta de ações e serviços de saúde e saneamento ambiental, considerando os diferentes contextos étnicos-culturais da população indígena. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2024/prt0086_24_05_2024.html#:~:text=Institui%2C%20no%20%C3%A2mbito%20da%20S%C3%A3o%20Paulo%20e%20outros%20estados%20do%20Brasil

7. ANEXOS

Anexo 1 - Razão de Mortalidade Materna (RMM) por 100 mil nascidos vivos. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2012 a 2023.

UF/Região	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Norte	73,2	83,8	93,6	76,0	84,5	88,9	80,8	82,5	98,9	153,9	82,0	80,2
Rondônia	64,1	94,2	87,7	57,7	56,4	87,3	47,8	59,6	78,1	188,7	52,2	50,2
Acre	53,9	58,6	46,7	58,9	69,7	48,9	54,4	49,1	33,0	95,5	48,3	55,3
Amazonas	85,0	81,6	120,8	78,8	84,7	75,6	108,4	84,8	101,8	155,5	82,7	88,0
Roraima	38,0	74,5	60,4	96,4	52,7	59,6	100,6	91,9	146,4	309,3	160,4	129,7
Pará	78,9	86,7	96,4	72,9	86,4	107,4	81,4	96,1	107,1	131,3	79,7	77,7
Amapá	54,1	119,7	66,0	110,8	141,7	45,5	88,3	32,6	102,5	93,4	80,8	92,7
Tocantins	53,3	61,2	60,1	85,6	92,2	96,3	31,6	71,4	79,2	227,4	102,0	82,1
Nordeste	72,7	82,4	77,9	75,3	78,0	73,2	67,1	63,6	91,8	115,0	67,3	6
Maranhão	96,1	123,8	100,9	116,5	122,2	101,8	90,6	80,6	108,9	158,3	91,9	97,7
Piauí	126,0	130,2	86,8	103,6	108,5	88,6	105,8	98,1	101,0	160,9	108,9	59,3
Ceará	69,4	74,5	65,3	49,1	63,4	65,7	68,4	58,1	97,6	107,3	56,1	45,9
Rio Grande do Norte	66,0	54,5	74,8	68,4	77,2	77,9	58,6	70,4	78,1	149,7	79,9	55,8
Paraíba	61,5	70,9	63,0	81,8	99,9	67,8	53,2	62,8	97,7	126,7	47,2	56,3
Pernambuco	56,0	64,3	63,4	67,6	58,1	63,3	59,2	48,0	70,8	73,7	46,0	61,1
Alagoas	56,3	71,6	104,1	159,1	51,9	37,7	49,5	58,2	82,7	110,6	65,6	68,8
Sergipe	70,4	67,2	66,9	51,6	55,9	56,1	58,8	36,7	97,5	83,3	98,2	41,4
Bahia	70,0	80,6	81,0	75,4	72,6	76,9	60,8	64,0	93,1	106,2	63,3	65,2
Sudeste	46,5	50,1	53,9	54,3	55,8	62,3	53,2	53,5	65,1	104,8	50,3	48,0
Minas Gerais	36,6	47,6	49,0	47,0	46,9	45,2	51,2	44,4	51,0	94,6	46,8	41,9
Espírito Santo	64,4	59,6	109,2	73,1	48,7	71,6	63,9	56,2	68,8	99,1	54,1	40,2
Rio de Janeiro	80,8	80,3	71,9	67,1	71,6	84,7	61,7	74,5	95,4	168,5	69,3	73,2
São Paulo	36,8	39,3	44,2	50,8	54,4	60,6	50,0	49,7	60,1	87,0	44,9	42,9
Sul	54,5	36,6	41,7	43,7	44,2	38,5	38,2	38,3	45,6	111,9	40,0	38,
Paraná	38,4	41,7	41,3	51,7	50,3	31,7	38,4	45,5	52,6	131,7	46,9	45,1
Santa Catarina	45,4	31,4	30,2	30,9	31,5	40,7	35,1	30,6	31,7	98,4	31,6	33,1

Rio Grande do Sul	78,3	34,2	49,7	43,4	46,0	44,5	40,3	39,9	48,3	99,6	38,9	33,9
Centro-Oeste	64,3	62,5	60,2	65,9	67,3	56,9	64,9	59,0	77,0	140,6	57,1	56.
Mato Grosso do Sul												
Mato Grosso	73,1	66,7	79,3	88,2	80,1	60,3	84,9	64,5	48,8	147,0	74,1	62,1
Goiás	58,5	71,6	63,7	82,9	78,5	61,1	58,0	64,6	91,8	145,2	49,9	66,6
Distrito Federal	70,5	56,7	53,8	56,6	56,5	56,4	64,7	69,7	90,5	153,9	59,1	52,3
Brasil	49,4	60,3	51,0	43,7	64,6	49,4	54,3	21,2	53,4	94,6	44,5	42,2
Brasil	59,3	62,1	63,8	62,0	64,4	64,5	59,1	57,9	74,7	117,457,7	55,3	

Fontes: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), (CGIAE/Daent/ SVSA/MS).

Anexo 2 - Óbitos Maternos Declarados por Regiões e Unidade Federad. Brasil, 2012 a 2023

Região/UF	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Brasil	1.5831.6861.7391.7381.671.7181.6581.5761.9653.0301.3701.325											
Norte	193	232	253	214	223	240	230	233	285	438	218	202
Rondônia	17	18	22	14	15	19	10	13	18	42	11	9
Acre	9	10	8	10	9	8	9	8	5	15	5	6
Amazonas	50	50	78	52	55	50	71	60	77	122	53	62
Roraima	4	6	5	11	6	6	10	11	20	36	19	16
Pará	94	120	117	95	103	129	108	121	132	166	99	83
Amapá	6	14	8	13	17	7	14	5	15	14	11	12
Tocantins	13	14	15	19	18	21	8	15	18	43	20	14
Nordeste	546	617	594	580	538	538	525	478	662	838	430	413
Maranhão	84	111	93	117	110	97	92	85	100	146	76	84
Piauí	48	44	33	41	38	35	42	41	40	59	37	23
Ceará	88	93	84	65	74	84	90	75	119	129	63	51
Rio Grande do Norte	31	22	36	30	31	35	25	31	34	65	27	22
Paraíba	27	40	31	38	49	36	32	36	54	71	23	29
Pernambuco	73	91	91	98	71	84	80	64	91	93	54	62
Alagoas	24	31	54	30	25	16	26	29	40	54	30	32
Sergipe	24	23	23	18	18	17	20	12	31	26	28	12
Bahia	147	162	149	143	122	134	118	105	153	195	92	98
Sudeste	529	569	610	631	605	670	606	582	685	1.055	469	457
Minas Gerais	88	123	131	125	119	118	135	115	126	229	110	98
Espírito Santo	34	26	50	36	21	33	32	29	37	49	27	18
Rio de Janeiro	180	180	166	159	157	171	136	155	190	320	125	129
São Paulo	227	240	263	311	308	348	303	283	332	457	207	212
Sul	183	135	149	166	157	143	146	147	162	385	135	131
Paraná	59	65	66	83	73	50	60	68	77	187	60	61
Santa Catarina	32	26	24	30	29	38	35	30	31	85	29	29
Rio Grande do Sul	92	44	59	53	55	55	51	49	54	113	46	41
Centro-Oeste	132	133	133	147	147	127	151	136	171	314	118	122
Mato Grosso do Sul	29	22	26	31	28	21	29	22	16	54	23	22
Mato Grosso	30	38	36	43	42	34	34	38	50	84	29	39
Goiás	54	49	51	57	53	51	64	67	84	140	53	48
Distrito Federal	19	24	20	16	24	21	24	9	21	36	13	13

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), (CGIAE/Daent/ SVSA/MS)

*Extraido do Painel de Monitoramento de Mortalidade Materna (<http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/materna/>)

Anexo 3 - Número de óbitos maternos declarados, agrupadas segundo causas obstétricas diretas, indiretas, ou inespecíficas, e causas detalhadas, ordenadas segundo frequência em cada um dos grupos isoladamente. Brasil, 2012 a 2023

Causa a mater	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
01 Causas obstétricas diretas	1038	1147	1143	1165	1122	1169	1114	1034	1041	1029	925	897
Hipertensão	311	338	322	329	321	332	313	317	317	312	296	238
Hemorragia	183	202	204	241	209	229	225	195	195	209	185	171
Outras Complica predom puerp	118	123	156	140	148	156	141	143	116	126	97	117
Aborto	120	141	121	121	127	138	132	108	121	116	131	120
Outras complica trab de parto e parto	116	129	144	140	128	126	93	106	115	117	81	98
Infeção puerperal	113	108	104	90	98	87	106	69	76	65	66	67
Outros transt mat e elo predom gravidez	44	75	68	68	67	68	70	68	74	53	48	58
Outras diretas	32	28	22	26	24	32	32	27	27	30	23	27
Trastornos mentais do puerpério	1	5	2	0	0	1	2	1	0	1	0	1
02 Causas obstétricas indiretas	495	481	551	538	496	489	489	479	843	1939	405	392
Doenças do aparelho circulatório	112	123	167	141	132	134	141	130	111	119	100	113
Doenças infecções e parasitárias	78	77	71	74	55	55	60	58	476	1590	112	66
Doenças do aparelho respiratório	77	71	84	73	92	65	68	65	54	44	40	48
Doenças do aparelho digestivo	36	46	49	43	37	30	27	43	43	31	30	28
Anemia e outras doenças das angue	34	17	27	32	28	29	39	34	26	29	24	23
Diabetes e outras doenças endócrinas complica grav	8	13	20	21	19	13	20	13	15	19	15	13
Dgs Hipert pre-existente	38	30	27	28	19	27	27	26	22	23	22	12
Doenças do Sistema nervoso	13	12	8	18	14	14	18	8	12	13	12	10
Outras doenças espécif complica gpp e pele	99	91	98	108	100	122	89	102	84	71	50	80
Tétano obstétrico	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03 Causas obstétricas inespecíficas	50	58	45	44	51	60	55	62	81	61	40	36
Total	1583	1696	1739	1737	1669	1718	1658	1575	1965	3029	1370	1325

MARIÂNGELA BATISTA GALVÃO SIMÃO
Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente

ANA LUIZA FERREIRA RODRIGUES CALDAS
Secretária de Atenção Primária à Saúde

MOZART JULIO TABOSA SALES
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

RICARDO WEIBE NASCIMENTO COSTA
Secretário Especial de Saúde Indígena



Documento assinado eletronicamente por **Mariângela Batista Galvão Simão, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 28/05/2025, às 13:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 28/05/2025, às 16:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Weibe Nascimento Costa, Secretário(a) de Saúde Indígena**, em 30/05/2025, às 15:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mozart Julio Tabosa Sales, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 03/06/2025, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0048068191** e o código CRC **E9225F6F**.

Referência: Processo nº 25000.083486/2025-09

SEI nº 0048068191

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA
SRTVN 701, Via W5 Norte, Edifício PO700, 7º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br