

Boletim Epidemiológico Mortalidade Materna e Infantil do RS

1. CONCEITOS INICIAIS

1.1 Morte Materna

A morte materna diz respeito ao óbito da mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

1.1.1 Morte Materna Obstétrica

A morte materna obstétrica por causas obstétricas podem ser classificadas 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 dessas causas. A Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante 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.

1.1.2 Morte Materna não Obstétrica

A morte materna não obstétrica é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna. EX: acidentes de transporte, suicídio, feminicídio.

1.1.3 Razão de Mortalidade Materna

A razão de mortalidade materna relaciona as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos, e é expresso por 100.000 nascidos vivos, frequentemente, a razão de mortalidade materna é chamada de “taxa” ou “coeficiente”. Contudo, ela só poderia ser designada assim se o seu denominador fosse o número total de gestações. Na impossibilidade de obtenção desse dado, utiliza-se por aproximação o número de nascidos vivos, o que torna mais adequado o uso da expressão “razão”.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

O cálculo da razão deve ser feito sempre para a mesma área e a mesma unidade de tempo, e o seu resultado deve ser multiplicado por “K” (segundo padrão internacional adotado, k = 1 00.000).

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos (diretos e indiretos)} \times 100.000}{\text{N.º de nascidos vivos}}$$

1.2 Taxa de Mortalidade Infantil

Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Por meio da taxa de mortalidade infantil, se estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade: Neonatal precoce (0 a 6 dias), Neonatal Tardio (7 a 27 dias), Pós-neonatal (28 a 364 dias). Costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20), parâmetros esses que necessitam revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico. Valores abaixo de 10 por mil são encontrados em vários países, mas deve-se considerar que taxas reduzidas podem estar encobrendo más condições de vida em segmentos sociais específicos (RIPSA, 2012). Método de cálculo:

Direto:
$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$$

Indireto: É feita uma estimativa por técnicas demográficas especiais. Os dados provenientes deste método têm sido adotados para os estados que apresentam cobertura do Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM.

Para municípios com **população menor que 100 mil habitantes** não será calculada taxa. O indicador será representado pelo **número absoluto de óbitos**.
Sistemas de informação: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

2. ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 Razão de Mortalidade Materna

A razão de mortalidade materna é o principal indicador para avaliar a qualidade da assistência às mulheres durante o parto e nascimento. No ano de 2018, **o RS apresentou** razão de 36,5 óbitos maternos por 100 mil nascimentos. No mesmo ano, **o Brasil apresentou** razão de mortalidade materna de 56,3. Comparado a outros estados, o RS apresentou a quarta menor razão de mortalidade materna nacional (36,4), ficando atrás de Tocantins (31,4), Santa Catarina (35,1) e Rondônia (35,6) (fonte:SIM e SINASC, 2018).

A série histórica da mortalidade materna no Estado não apresenta linearidade contínua. Contudo, é possível observar redução do indicador ao longo dos últimos 5 anos. No entanto, é importante ressaltar que os dados de 2019 ainda são parciais, pois para finalizar o banco nacional de mortalidade materna é realizada uma investigação minuciosa dos casos, tal processo pode se estender por até 1 ano e 2 meses até a definição o número total de casos. Até a data da publicação deste boletim o sistema de informação de mortalidade havia identificado 42 óbitos maternos em 2019 no estado do Rio Grande do Sul.

Tabela 1. Número de óbitos maternos, RS, 2014-2019.

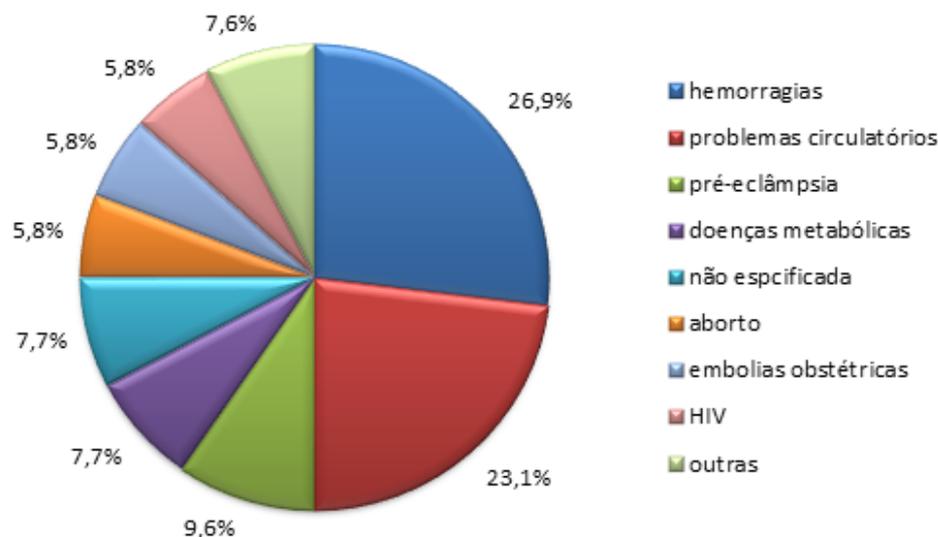
Ano	Óbitos Maternos	Nascimentos	Razão por 100.000
2014	59	143.178	41,2
2015	53	148.189	35,8
2016	55	141.253	38,9
2017	54	141.396	38,2
2018	51	139.849	36,5
2019*	42	134.303	31,3

Fonte: SIM; SINASC/DATASUS.

*Dados preliminares, sujeito a alteração.

As maiores razões de mortalidade encontram-se nas mulheres com 35 anos ou mais, negras ou indígenas, e com menos de 7 anos de escolaridade (SIM, 2017). Já as principais causas de morte, em 2018 foram: hemorragias (26,9%), problemas circulatórios (23,1%), pré-eclâmpsia (9,6%), doenças metabólicas (7,7%), causas não especificadas (7,7%), embolias obstétricas (5,8%), aborto (5,8%), HIV (5,8%) e outros (7,6%).

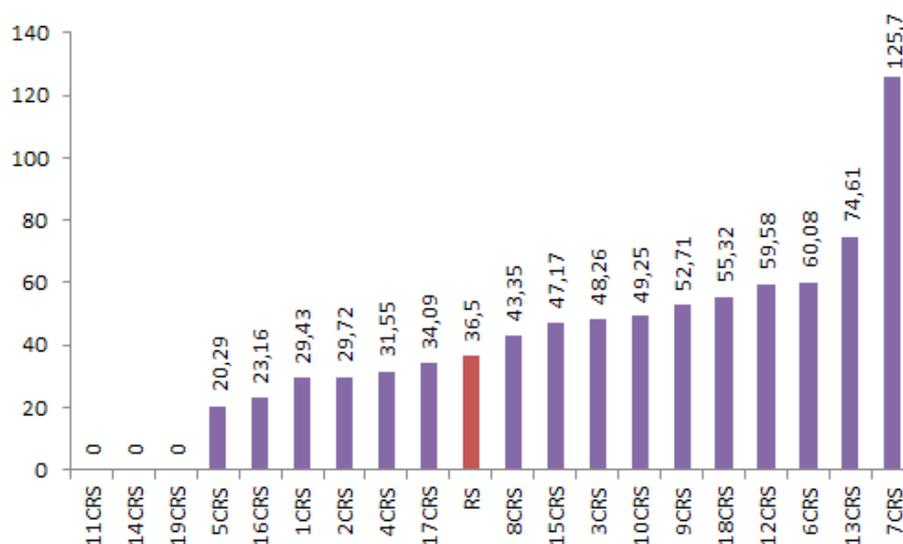
Figura 1. Causas de Mortalidade Materna no Rio Grande do Sul em 2018.



Fonte: SIM, 2018

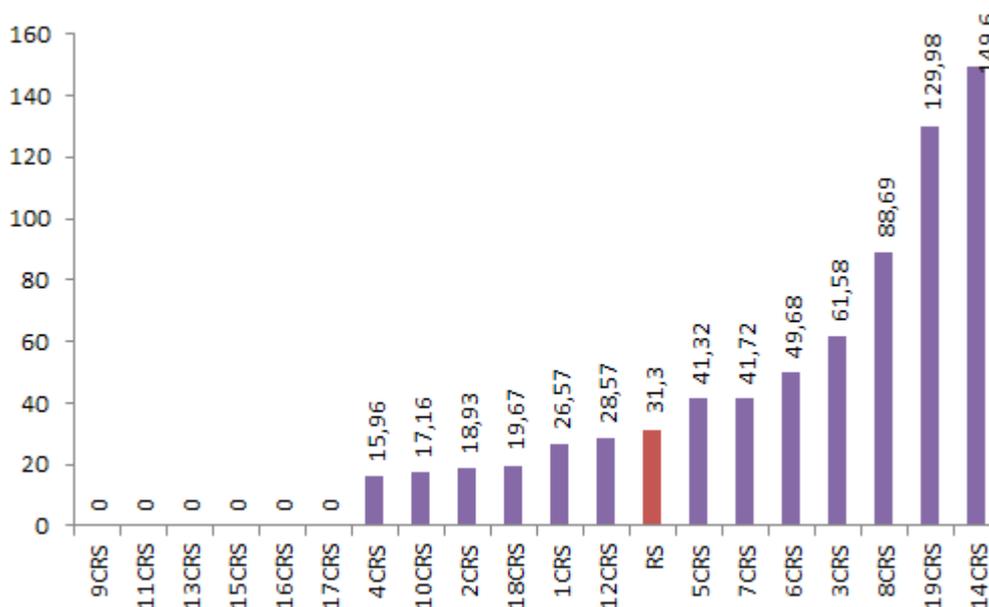
As Coordenadorias de Saúde que apresentaram as maiores razões de mortalidade materna em 2018 são: 7ª CRS (125,7), 13ª CRS (74,61) e 6ª CRS (60,08). Já, em 2019, as Coordenadorias com as maiores razões foram: 14ª CRS (149,6), 19ª CRS (129,98) e 8ª CRS (88,69). Observa-se que apenas a 11ª CRS manteve-se sem óbitos maternos nos dois anos analisados (figuras 2 e 3).

Figura 2. Razão de Mortalidade Materna por Coordenadoria de Saúde, RS, 2018.



Fonte: SIM e SINASC, 2018.

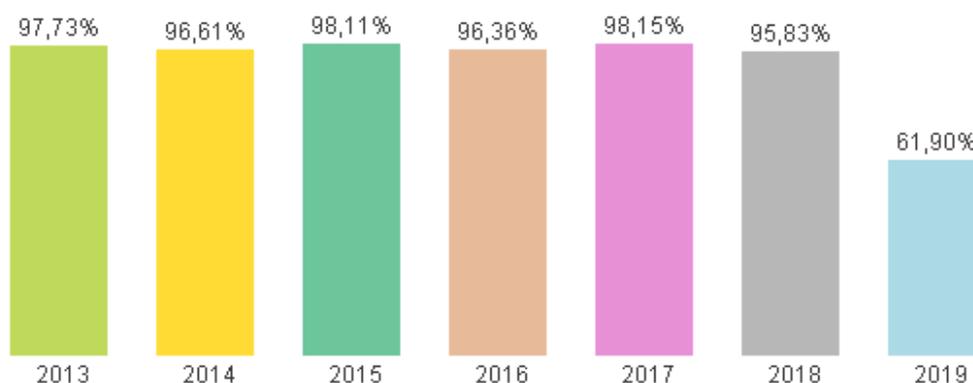
Figura 3. Razão de Mortalidade Materna por Coordenadoria de Saúde, RS, 2019.



Fonte: SIM e SINASC, 2019.

Conforme citado anteriormente, para robustez da análise e precisão dos números apresentados é necessário realizar primeiramente um processo de investigação de todos óbitos apresentados. Ao longo dos anos o Estado tem apresentado um alto percentual de investigação do óbitos maternos, esses percentuais podem ser observados na figura 4. O baixo percentual de 2019 ocorre pelo fato da base de dados não estar finalizada e o período de investigação ainda está vigente.

Figura 4. Percentual de investigação da mortalidade materna no Rio Grande do Sul entre 2013 e 2019.



Fonte: SIM 2020.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

As causas de mortalidade materna em sua maioria são evitáveis se detectadas precocemente e tratadas de forma adequada. Por isso é tão importante assegurar o acesso das gestantes e puérperas aos serviços e garantir que os profissionais estejam preparados para atender essas mulheres.

A abordagem correta da anemia materna na gestação, o uso de ocitocina exógena intramuscular no pós parto imediato, avaliação e ação adequadas na suspeita de hemorragia são fatores importantes para prevenção dos casos. Situações como descolamento prematuro de placenta, caracterizado como uma separação prematura da placenta antes do parto, e placenta prévia acompanhada de acretismo, quando a implantação da placenta no segmento inferior do útero, são responsáveis por morbimortalidade materna e fetal. Podem ser agravados por manejo inadequado dos níveis pressóricos e não avaliação das condições riscos no pré-natal. Fatores como operação cesariana prévia, cirurgias intrauterinas, paridade crescente, idade materna e uso de substâncias psicoativas podem estar associados.

A pré-eclâmpsia pode ser diagnosticada e tratada antes de evoluir para eclâmpsia, quando ocorrem as convulsões, e outros distúrbios potencialmente fatais. O tratamento precoce de síndromes hipertensivas no pré-natal, bem como o uso sulfato de magnésio pode diminuir o risco de mortalidade e eclâmpsia.

A síndrome metabólica, ou doença metabólica, é um conjunto de fatores associados que aumentam as chances do desenvolvimento de doenças cardíacas, doenças vasculares e diabetes. Está ligada à obesidade e sedentarismo. São considerados a circunferência abdominal, HDL, triglicérides, glicemia e níveis tensionais. A síndrome metabólica na gestação está vinculada a outras causas de morte materna, como hemorragias, síndromes hipertensivas e tromboembolismo.

A gestação é conhecida como um estado de hipercoagulação, aumentando a frequência de desordens tromboembólicas. Durante a gestação, são mais comuns os casos de trombozes venosas. A embolia pulmonar ligada à gestação é mais comum no puerpério. A suspeita clínica da embolia pulmonar pode vir através de queixas da gestante/puérpera, como dispneia, dor torácica e outros sintomas como taquipneia, taquicardia e febre e sinais de insuficiência cardíaca congestiva direita, hipotensão, convulsões e deterioração clínica nos casos mais graves. O diagnóstico é feito com exames laboratoriais, com gasometria e de imagem, como radiografia simples de tórax e tomografia. O tratamento é hospitalar com administração de anticoagulantes. Síndrome metabólica, tabagismo, gestação múltipla, infecções, hemorragias e operação cesariana são condições de risco.

Em relação às mortes por aborto e mortalidade materna em geral, torna-se cada vez mais urgente assegurar o acesso à contracepção e ao planejamento reprodutivo e familiar a todas as mulheres, principalmente adolescentes. Cabe

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

ressaltar também a importância da garantia de acesso ao aborto legal para as mulheres que possuem esse direito. Além disso, a mulher que realizou um aborto ilegal necessita ser acolhida de forma humanizada pelos serviços, para que o seu acesso não seja barrado pela discriminação.

A gestação promove mudanças biológicas que podem aumentar a possibilidade da infecção pelo HIV e também deteriorar ainda mais o sistema imunológico da gestante infectada. A gravidez pode ser uma oportunidade para o diagnóstico e/ou adesão ao tratamento da mulher que vive com HIV. Assim como nas situações de abortamento, o atendimento de pessoas que vivem com HIV muitas vezes é permeado pelo estigma e discriminação. Para evitar a mortalidade materna por HIV/Aids torna-se necessário assegurar o fornecimento do antirretrovirais e a atenção multiprofissional especializado e humanizada.

Considerações Finais

Para redução da morte materna, o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde trabalham na implementação de políticas para fortalecer o atendimento das gestantes, a melhoria da atenção pré-natal, nascimento e pós-parto, assim como instituir medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde, tanto no âmbito da atenção básica como naquele de urgência e emergência. Associadamente, o fortalecimento das ações da Comissão Nacional de Mortalidade Materna e dos Comitês Estaduais e Municipais de Investigação do Óbito Materno é outra importante estratégia. O planejamento reprodutivo e o Pré-natal seguem como potenciais para a programação das ações e investimento para redução da mortalidade materna, considerando que o pré-natal deve começar o mais cedo possível com critérios de qualidade monitorados. No Brasil, assim como o Estado, a maioria das mortes maternas são por causas evitáveis e ocorrem, principalmente, por hipertensão, hemorragia, infecções e abortos inseguros. Incidir em riscos diretos do planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento repercutirá nas taxas de mortalidade quando associadas a multifatorialidade das condições de assistência destas mulheres. Além das questões biológicas e de assistência, é importante também considerar fatores sociais que dificultam o acesso das mulheres aos cuidados durante a gestação e o parto, destacando-se: pobreza, necessidade de grandes deslocamentos, baixa escolaridade, falta de informação, serviços inadequados, falta de acolhimento, violência obstétrica, diferentes práticas culturais, racismo e preconceito institucional, entre outros.

Portanto, é necessário o investimento na estruturação física organizacional da rede de atenção, na formação apropriada e atualização dos profissionais da saúde que trabalham com obstetrícia, além de priorizar os processos de monitoramento e avaliação constante dos serviços do SUS. A qualidade da assistência, baseada em evidências e com uma abordagem humanizada, pode incidir diretamente na prevenção de agravos e mortalidade, tanto materna quanto neonatal.

2.2 Mortalidade Infantil

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas (Brasil, 2009).

No ano de 2018 a taxa de Mortalidade Infantil foi de 9.72 por mil nascidos vivos, sendo 1.360 óbitos em crianças menores de um ano e 139.849 nascimentos. Atingiu-se, portanto, a meta estadual pactuada de 9.75/mil NV (tabela 2). As principais causas de mortalidade pelo CID-10 encontra-se na tabela 3. Em torno de 72.64% do total foram óbitos neonatais (0–28 dias) e aproximadamente 67% do total de óbitos ocorreu entre recém-nascidos com menos de 2.500g ao nascer. As macrorregiões de saúde que apresentaram maiores taxas de mortalidade foram a Centro-oeste (11.67) e macrorregião Sul (12.63). Já as Regiões de Saúde que ficaram acima da meta estadual foram a R2, R3, R14, R17, R21, R22, R23, R24, R26, R27 e R28 e entre as Coordenadorias Regionais de Saúde 3^a, 4^a, 7^a, 8^a, 10^a, 13^a e 14^a.

Tabela 2. Taxa de Mortalidade Infantil 2018

CRS	Nascidos Vivos	Óbitos	CMI
1 ^a - Porto Alegre-01	23,788	221	9,29
2 ^a - Porto Alegre-02	33,642	306	9,1
3 ^a - Pelotas	10,36	135	13,03
4 ^a - Santa Maria	6,339	67	10,57
5 ^a - Caxias do Sul	14,789	142	9,6
6 ^a - Passo Fundo	8,322	78	9,37
7 ^a - Bagé	2,386	26	10,9
8 ^a - Cachoeira do Sul	2,307	31	13,44
9 ^a - Cruz Alta	1,897	18	9,49
10 ^a - Alegrete	6,091	78	12,81
11 ^a - Erechim	2,637	20	7,58
12 ^a - Santo Ângelo	3,357	30	8,94
13 ^a - Santa Cruz do Sul	4,021	40	9,95
14 ^a - Santa Rosa	2,694	30	11,14
15 ^a - Palmeira das Missões	2,12	20	9,43
16 ^a - Lajeado	4,318	33	7,64

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

17ª - Ijuí	2,933	26	8,86
18ª - Osório	5,423	39	7,19
19ª - Frederico Westphalen	2,421	20	8,26
RS	139849	1360	9,72

Fonte: NIS/DGTI/SES/RS - SIM Federal

Tabela 3. Causas de mortalidade infantil-RS, 2018

Causas de mortalidade	Número de óbitos	%
1. Algumas afecções originadas no período perinatal	789	58,01%
Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	307	
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	237	
Infecções específicas do período perinatal	93	
Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	74	
Transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido	27	
Outros	51	
2. Malformações congênicas deformidades e anomalias cromossômicas	383	28,16%
Malformações congênicas do aparelho circulatório	178	
Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	44	
Malformações congênicas do sistema nervoso	43	
Malformações e deformidades congênicas do sistema osteomuscular	36	
Demais malformações congênicas	82	
3. Causas externas de morbidade e mortalidade	47	3,46%
Inalação de conteúdo gástrico/alimentos	27	
Outras causas externas	20	
4. Doença do aparelho respiratório	36	2,65%
Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	20	
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	1	
5. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	30	2,21%
Sífilis congênita	12	
Outras doenças bacterianas	11	

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

Demais causas infecciosas	7	
6.Outras	75	5,51%
Total	1360	

Fonte: SIM; SINASC/DATASUS

Já em 2019 tivemos no estado 1.414 óbitos infantis e 134.303 nascimentos, resultando em uma **taxa preliminar** de 10.53 óbitos /1000 nascimentos (tabela 4). A meta ajustada para o ano foi de 9.75. Dentre as causas(tabela 5), 56.08% são relacionados às causas perinatais, ou seja, agravos ocorridos desde a 22ª semana de gestação até a primeira semana de vida da criança, vinculados às condições maternas, do feto, da duração da gestação ou intercorrências no trabalho de parto, parto e pós parto; Malformações Congênitas e anomalias cromossômicas 377 (26,66%); Doenças do aparelho respiratório 51 (3,61%) e Causas externas de morbidade e mortalidade 47 (3,32%), conforme descrito na tabela 4.

Na tabela 6 constam os óbitos por faixa etária, cerca de 71% do total são óbitos neonatais (0–28 dias). Aproximadamente 60% do total de óbitos ocorreu entre recém-nascidos com menos de 2.500g ao nascer. Até o momento houve uma diminuição de 5.546 nascimentos e em torno de 54 óbitos a mais em comparação ao ano anterior, 2018. As macrorregiões de saúde que apresentaram maiores taxas de mortalidade foram a Centro-oeste, Sul e Norte. Já as Regiões de Saúde foram a 5, 11, 16, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 27 e 28, e as Coordenadorias Regionais de Saúde a 3ª, 7ª, 8ª, 11ª, 13ª, 18ª e a 19ª.

O predomínio do componente neonatal do óbito infantil é a realidade de nosso estado e do Brasil, está associado a fatores biológicos, socioeconômicos e principalmente relacionado à assistência à gestante e ao recém-nascido.

Tabela 4. Taxa de Mortalidade Infantil 2019*

CRS	Nascidos Vivos	Óbitos	CMI
1ª - Porto Alegre-01	22589	219	9,69
2ª - Porto Alegre-02	31692	313	9,88
3ª - Pelotas	9743	124	12,73
4ª - Santa Maria	6266	60	9,58
5ª - Caxias do Sul	14519	140	9,64
6ª - Passo Fundo	8052	84	10,43
7ª - Bagé	2397	39	16,27
8ª - Cachoeira do Sul	2255	29	12,86
9ª - Cruz Alta	1800	19	10,56
10ª - Alegrete	5828	74	12,7

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

11ª - Erechim	2616	28	10,7
12ª - Santo Ângelo	3500	38	10,86
13ª - Santa Cruz do Sul	3907	49	12,54
14ª - Santa Rosa	2674	21	7,85
15ª - Palmeira das Missões	2129	23	10,8
16ª - Lajeado	4209	35	8,32
17ª - Ijuí	2732	26	9,52
18ª - Osório	5085	65	12,78
19ª - Frederico Westphalen	2310	28	12,12
RS	134303	1414	10,53

Fonte: NIS/DGTI/SES/RS - SIM Federal, último acesso em 25.05.2020

*2019 preliminar

Tabela 5 . Causas de mortalidade infantil-RS,2019*

Causas de mortalidade	Número de óbitos	%
1.Algumas afecções originadas no período perinatal	793	56,08%
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	256	
Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	241	
Infecções específicas do período perinatal	121	
Transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido	51	
Outros	49	
2.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	377	26,66%
Malformações congênitas do aparelho circulatório	178	
Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	58	
Malformações congênitas do sistema nervoso	35	
Malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular	28	
Demais malformações congênitas	78	
3.Doença do aparelho respiratório	51	3,61%
Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	24	
Influenza(gripe) e pneumonia	16	

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

Doenças pulmonares devidas a agentes externos	4	
Demais doenças do ap respiratório	7	
4.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	50	3,54%
Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	47	
Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	3	
5.Causas externas de morbidade e mortalidade	47	3,32%
Inalação de conteúdo gástrico/alimentos	27	
Agressões	5	
Outras causas externas	15	
5.Algumas doenças infecciosas e parasitárias	33	2,21%
Outras doenças bacterianas	13	
Sífilis congênita	8	
Demais causas infecciosas	12	
6.Outras	63	4,45%
Total	1414	100

Fonte: SIM; SINASC/DATASUS
2019* Dados preliminares

Ao fazermos uma análise comparativa nas causas de óbito de 2018 e 2019, podemos observar que se mantém em ambos os anos, como primeira causa, os óbitos ocorridos por Afecções Originadas no Período Perinatal, totalizando 58,01% em 2018 e 56,08% dos óbitos em 2019. Em segundo lugar permanece as Malformações Congênitas com 28,16% em 2018 e 26,66% em 2019. Já quando olhamos para a terceira causa de óbitos, temos uma mudança . Em 2018 aparecem as Causas Externas de Morbidade e Mortalidade com 3,46% (47 óbitos) e em 2019 a terceira maior causa de óbito foi por Doenças do Aparelho Respiratório" com 3,61% (51 óbitos).

Tabela 6. Óbito Infantil/faixa etária 2018-2019*

Faixa Etária	2018		2019*	
	Casos	Proporção	Casos	Proporção
0 a 6 dias	710	52.20%	715	50.56%
7 a 27 dias	278	20.44 %	298	21.07 %
28 dias a 1 ano	372	27.35 %	401	28.35%
Total	1360	100%	1414	100%

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

Fonte: NIS/DGTI/SES/RS - SIM Federal

2019* Dados preliminares

A investigação do óbito é uma atribuição do município e de forma complementar dos Estados. Deve ser qualificada para que se possa, a partir da análise, **identificar possíveis problemas ocorridos e definir uma série de recomendações e ações com o objetivo de evitar novas ocorrências.** É importante salientar que há um prazo de 120 dias para que os municípios concluam o processo de investigação do óbito, estipulado pela PORTARIA Nº 72, DE 11 DE JANEIRO DE 2010, nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). As investigações não concluídas dentro do prazo, ainda que tardiamente podem ser inseridas no SIM federal. Na tabela 7 é possível observar os percentuais de investigação dos óbitos por grupo etário, em nível estadual entre 2015 e 2019, esses ainda parciais.

Tabela 7. % de Investigação do Óbito Infantil e Fetal por grupo etário

Grupo etário	2015	2016	2017	2018	2019*
Fetal	89,68	88,02	89,72	92,61	80,83
Neonatal precoce	93,67	92,97	91,16	92,61	86,21
Neonatal tardia	93,83	93,38	91,24	95,68	84,05
Neonatal	93,71	93,09	91,19	93,47	85,57
Pós-neonatal	91,26	88,86	88,13	96,82	81,37
Fetal e Infantil	91,51	90,05	90	93,56	82,85

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Acesso em Maio de 2020

*2019 preliminar

Embora os percentuais de investigação em muitas Regiões de Saúde tenham atingido 100%, no ano de 2018, observa-se na tabela 8 que ainda há regiões com percentuais de investigação consideravelmente baixos.

Tabela 8. Investigação do Óbito Infantil e Fetal 2018* por região de saúde

Macrorregião	CRS	Região Saúde	Óbitos	Proporção
Centro-Oeste	10 ^a - Alegrete	03 - Fronteira Oeste	137	94,89%
	4 ^a - Santa Maria	01 - Verdes Campos	96	100,00%



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

		02 - Entre Rios	29	89,66%
		Total	262	96,18%
Metropolitana	18 ^a - Osório	04 - Belas Praias	29	62,07%
		05 - Bons Ventos	43	60,47%
	1 ^a - Porto Alegre-01	06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	50	66,00%
		07 - Vale dos Sinos	168	86,31%
		08 - Vale do Caí e Metropolitana	181	90,61%
	2 ^a - Porto Alegre-02	09 - Carbonifera/Costa Doce	88	73,86%
		10 - Capital e Vale do Gravataí	548	99,27%
		Total	1107	89,88%
Missioneira	12 ^a - Santo Ângelo	11 - Sete Povos das Missões	65	96,92%
	14 ^a - Santa Rosa	14 - Fronteira Noroeste	26	96,15%
	17 ^a - Ijuí	13 - Diversidade	45	95,56%
	9 ^a - Cruz Alta	12 - Portal das Missões	34	94,12%
		Total	170	95,88%
Norte	11 ^a - Erechim	16 - Alto Uruguai Gaúcho	36	100,00%
	19 ^a - Frederico Westphalen	15 - Caminho das Águas	46	89,13%
	6 ^a - Passo Fundo	17 - Planalto	100	98,00%
		18 - Araucárias	14	92,86%
		19 - Botucaraí	23	86,96%
		Total	258	94,57%
Serra	5 ^a - Caxias do Sul	23 - Caxias e Hortênsias	126	100,00%
		24 - Campos de Cima da Serra	28	71,43%
		25 - Vinhedos e Basalto	45	97,78%
		26 - Uva Vale	40	100,00%
		Total	239	96,23%
Sul	3 ^a - Pelotas	21 - Sul	252	96,43%
	7 ^a - Bagé	22 - Pampa	50	100,00%
		Total	302	97,02%

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

Vales	13ª - Santa Cruz do Sul	28 - Vale do Rio Pardo	75	98,67%
	16ª - Lajeado	29 - Vales e Montanhas	43	100,00%
		30 - Vale da Luz	23	100,00%
	8ª - Cachoeira do Sul	27 - Jacuí Centro	50	96,00%
		Total	191	98,43%
Total geral			2561	93,60%

Fonte: NIS/DGTI/SES/RS

*Dados sujeitos a alteração

A redução da mortalidade infantil, principalmente o componente neonatal, ainda é uma dificuldade presente. O planejamento para a sua redução perpassa a melhoria na atenção à gestante em todo o seu ciclo gravídico e a assistência adequada ao recém-nascido. No Estado do Rio Grande do Sul, uma das estratégias é a reativação do Comitê Estadual da Mortalidade Materna e Infantil que objetivará uma análise ampliada e profunda das investigações de óbito, para a busca de soluções conjuntas e a evitabilidade dos óbitos.