

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL 2022



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL 2022

Secretaria da Saúde do Estado
do Rio Grande do Sul

Porto Alegre
2022

ELABORAÇÃO

Arita Bergmann

Secretária de Estado da Saúde

Ana Costa

Secretária de Estado da Saúde Adjunta

Péricles Stehmann Nunes

Diretor do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde - DAPPS

Fernanda Torres de Carvalho

Diretora Adjunta do DAPPS

Gisleine Lima da Silva

Coordenação da Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida

Área Técnica Saúde da Mulher

Karen Chisini Coutinho Lutz

Enfermeira

Gabriela Dalenogare

Enfermeira Sanitarista

Paulo Sérgio da Silva Mario

Médico Pediatra

Maitê S. C. Bento

Acadêmica de Enfermagem

Mariana Leffa

Residente Enfermagem Obstétrica - GHC

Área Técnica Saúde da Criança

Andrea Leusin de Carvalho

Médica Pediatra

Carine Teresa Zambonato Ecco

Fonoaudióloga

Isabela Drehmer Merenda de Carvalho

Acadêmica de Biomedicina

Elaboração dos mapas

Marília Canterle Gonçalves

Arquiteta - Assessoria de Gestão e Planejamento - AGEPLAN

| | |
|--|-----------|
| Mortalidade Materna | 6 |
| Morte Materna Obstétrica | 6 |
| Morte Materna não Obstétrica | 6 |
| Razão de Mortalidade Materna (RMM) | 6 |
| Razão da mortalidade materna descrição dos dados | 8 |
| Causas básicas de morte materna | 11 |
| Mortes maternas de causas obstétricas | 13 |
| Descrição da Análise | 14 |
| Óbitos maternos por COVID-19 | 17 |
| Considerações Finais | 20 |
| Mortalidade Infantil | 22 |
| Taxa de Mortalidade Infantil | 22 |
| Componentes do Óbito Infantil | 22 |
| Mortalidade Infantil | 23 |
| Causas da Mortalidade Infantil em 2020 | 26 |
| Causas da Mortalidade Infantil em 2021 | 31 |
| Investigação do Óbito Infantil e Fetal | 34 |
| Considerações Finais | 36 |



APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul vem por meio deste Boletim Epidemiológico apresentar os resultados sobre os óbitos maternos, infantis e fetais ocorridos no ano de 2020. O mesmo é dirigido aos gestores e técnicos do setor saúde e de outros setores, bem como à sociedade gaúcha.

Esta publicação apresenta a Razão da Mortalidade Materna (RMM) que é o principal indicador para avaliar a qualidade da assistência às mulheres durante o pré-natal, parto e nascimento, Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e percentuais de investigação do óbito infantil e fetal.

Os principais pontos tratados no Boletim 2022 são:

- O alto índice de mortes maternas por causas hemorrágicas;
- O aumento do número de cesáreas no estado;
- Planejamento sexual e reprodutivo e a mortalidade materna;
- COVID-19 e os impactos na mortalidade materna;
- Taxas de Mortalidade Infantil por Região de Saúde;
- Percentuais de investigações dos óbitos infantis e fetais por Coordenadoria Regional de Saúde (CRS);
- Análise das principais causas de mortalidade infantil;
- Estratégias do Rio Grande do Sul para a prevenção de novos óbitos infantis evitáveis.

Morte Materna

Morte de uma 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.

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 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.

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.

Razão de Mortalidade Materna:

$$\frac{\text{Nº de óbitos maternos diretos e indiretos}}{\text{Nº de nascidos vivos}} \times 100.000$$

PARÂMETRO DA RMM

Baixa - até 20/100.000 NV

Média - de 20 a 49/100.000 NV

Alta - de 50 a 149/100.000NV

Muito Alta - < que 150/100.000 NV

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS) OBJETIVO 3: SAÚDE E BEM-ESTAR

Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

Meta 3.1: Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para **menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos**

Razão de Mortalidade Materna

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

No ano de 2020, o RS apresentou razão de 41,3 óbitos maternos por 100 mil nascimentos, considerada uma taxa média segundo parâmetros da OMS.

No mesmo ano, o **Brasil** apresentou razão de mortalidade materna de **74,7 óbitos maternos por 100 mil nascimentos**.

Comparado a outros estados, o RS apresentou a quarta menor razão de mortalidade materna nacional (41,3), ficando atrás de Mato Grosso (39), Acre (33) e Santa Catarina (32), (SIM e SINASC, 2022)

A maior incidência da mortalidade foi observada entre as mulheres:

- Negras
- 30 anos ou +
- Multíparas (3 ou + gestações)
- Ao menos 9 anos de estudo



Principais causas base dos óbitos maternos:

- Pré-eclâmpsia (9,3%)
- Hemorragia pós parto (7,4%)
- Outras doenças e afecções (7,4%)
- COVID-19 (7,4%)

A série histórica da mortalidade materna no estado não apresenta linearidade, pois observa-se a redução do indicador ao longo de quatro anos, de 2015 a 2019, contudo, em 2020 com a eclosão da pandemia por COVID-19 o indicador voltou a subir.

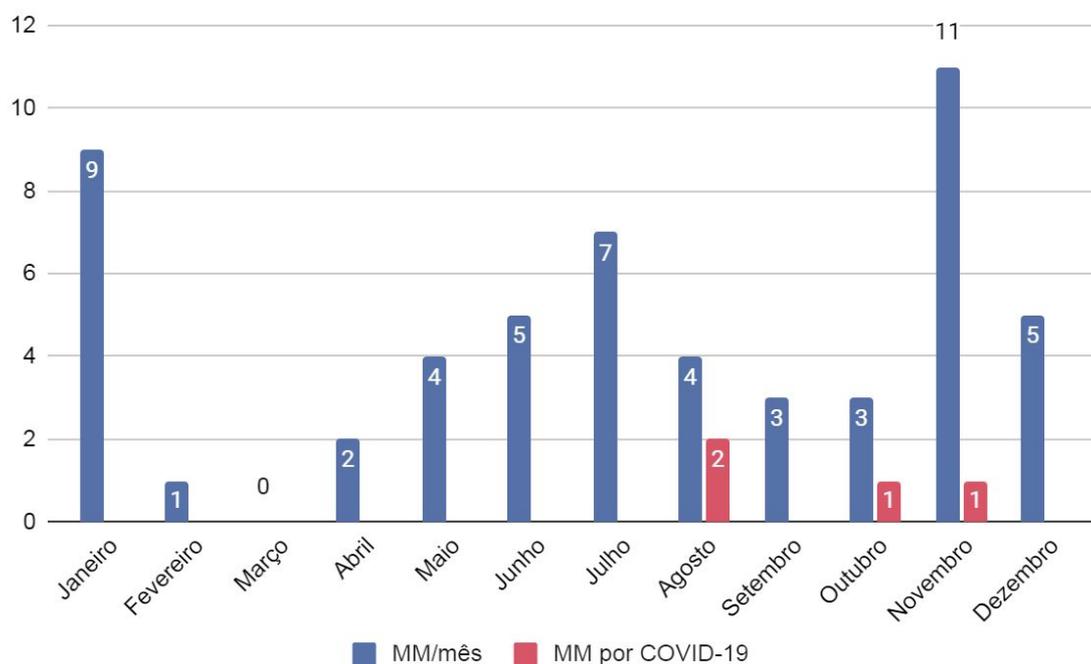
Tabela 1 - Número de óbitos maternos, nascidos vivos e RMM por 100.000 NV, RS, 2015 - 2021.

| Ano | Nº Óbitos Maternos | Nº Nascidos Vivos | RMM por 100.000 NV |
|------|--------------------|-------------------|--------------------|
| 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 | 49 | 134.596 | 36,4 |
| 2020 | 54* | 130.611 | 41,4* |
| 2021 | 114* | 124.308* | 92,5* |

Fonte: SIM; SINASC/DATASUS. *Dados preliminares, sujeito a alteração.

Quanto à distribuição dos 54 óbitos maternos ao longo de 2020, observou-se um aumento expressivo no segundo semestre do ano, com 33 ocorrências (66,1%), especialmente, no mês de novembro, com 11 mortes. Observou-se que as mortes relacionadas à COVID-19 ocorreram no segundo semestre do ano, sendo duas em agosto, uma em outubro e uma em novembro (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição das mortes maternas, por mês, RS, 2020.



Fonte: SIM; SINASC/DATASUS

Quanto ao perfil sociodemográfico e obstétrico, observou-se o predomínio de óbitos maternos entre mulheres na faixa etária entre 20 a 34 anos (68,5%), de raça/cor branca (72,2%), escolaridade entre 8 a 11 anos (31,5%) e com três ou mais gestações (40,7%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Número de óbitos maternos, segundo faixa etária, raça/cor, escolaridade e gestações, RS, 2020.

| Variáveis | Óbitos Maternos (n=54) | |
|---------------------|------------------------|------|
| Faixa Etária (anos) | Nº | % |
| 15 a 19 | 1 | 1,9 |
| 20 a 34 | 37 | 68,5 |
| 35 a 39 | 13 | 24,1 |
| 40 ou mais | 3 | 5,6 |
| Raça/cor | | |
| Branca | 39 | 72,2 |
| Preta | 6 | 11,1 |
| Parda | 7 | 13,0 |
| Não informado | 2 | 3,7 |
| Escolaridade (anos) | | |
| 1 a 3 | 2 | 3,7 |
| 4 a 7 | 11 | 20,4 |
| 8 a 11 | 17 | 31,5 |
| 5 a 12 e mais | 10 | 18,5 |
| Ignorado | 14 | 25,9 |
| Gestações | | |
| 1 | 11 | 20,4 |
| 2 | 18 | 33,3 |
| 3 ou mais | 22 | 40,7 |
| Não Informado | 3 | 5,6 |

Quanto à raça/cor, conforme o apontado pelo relatório Técnico “*Panorama das Desigualdades de Raça/cor no Rio Grande do Sul*”, lançado em novembro de 2021, percebe-se que, a distribuição por raça na população feminina do RS apresenta grande disparidade, sendo 79,9% brancas, 13,9% pardas e 5,9% pretas.

Ao analisar os dados de mortalidade materna com o total da população estratificada por raça/cor, percebe-se que entre as mulheres brancas o percentual de morte materna foi de 0,084%, enquanto entre as mulheres pretas esse percentual é maior, sendo de 0,174% e entre as pardas o número é de 0,087% (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil das Mulheres por Raça/cor em relação à população feminina total, RS, 2020.

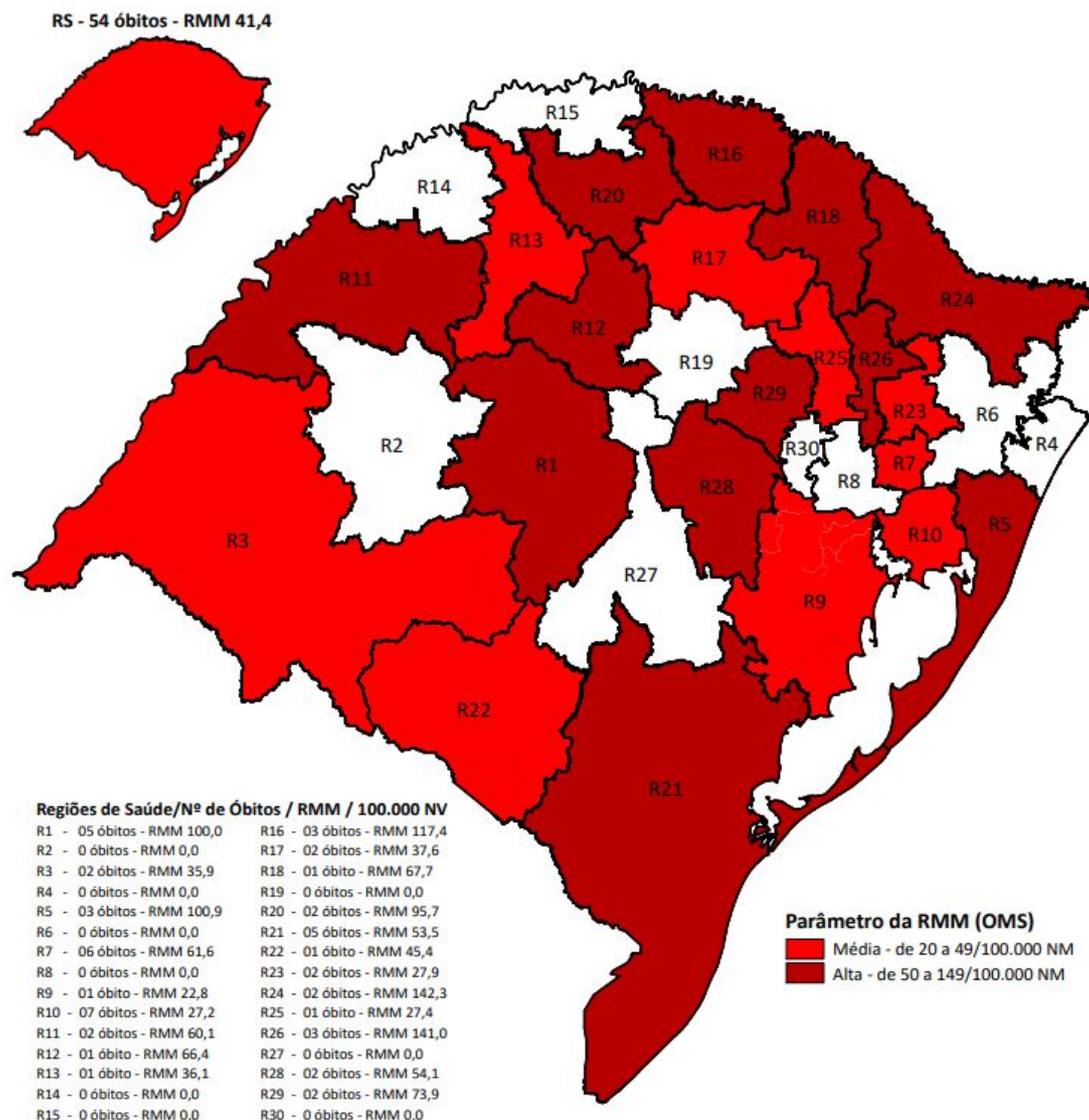
| Raça/cor | Morte Materna | População feminina RS | Percentual |
|---------------|---------------|-----------------------|------------|
| Branca | 39 | 4.658.000 | 0,084 |
| Preta | 6 | 344.000 | 0,174 |
| Parda | 7 | 809.000 | 0,087 |
| Não Informado | 2 | - | - |

Fonte: SIM; SINASC/DATASUS

Fonte: SIM, 2022

Para melhor compreensão do panorama dos óbitos maternos no RS e da RMM em 2020, apresenta-se na Figura 2 os dados por Região de Saúde de residência das mulheres, conforme os parâmetros da OMS.

Figura 2 - Razão de Mortalidade Materna por Região de Saúde, RS, 2020.



Das 30 Regiões de Saúde, 13 (43,3%) tiveram RMM considerada “alta” pelos parâmetros da OMS, 08 (26,7%) foram classificadas como “média” e 09 regiões (30%) não apresentaram casos de óbitos maternos de mulheres residentes em seu território em 2020. A região com a maior RMM foi a R24 - Campos de Cima da Serra (142,3) seguida da R26 - Uva Vale (141), R16 - Alto Uruguai Gaúcho (117,4), R5 - Bons Ventos (100,9) e R1 - Verdes Campos (100). A R9 - Carbonífera/Costa Doce teve a menor RMM (22,8), excetuando-se as regiões sem óbitos. O maior número de óbitos maternos foi de mulheres residentes na R10 - Capital e Vale do Gravataí, com sete ocorrências, porém a RMM foi 272, já que essa região concentra a maior população feminina do estado.

Referente às causas básicas de morte materna em 2020 no estado, as principais foram: pré-eclâmpsia (9,3%), hemorragias do pós-parto imediato (7,4%), outras doenças e afecções (7,4%) e COVID-19 (*Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério*) (7,4%), conforme a Tabela 4.

Tabela 4 - Causas básicas de morte materna, por grupo e categoria da CID-10, RS, 2020.

| CAUSA BÁSICA DE MORTE MATERNA | Nº | % |
|--|-----------|--------------|
| Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte | 24 | 44,4% |
| Morte obstétrica de causa não especificada | 2 | 3,7% |
| Tuberculose complicando a gravidez, o parto e o puerpério | 1 | 1,9% |
| Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério | 4 | 7,4% |
| Doença pelo vírus da imunodeficiência humana/HIV complicando gravidez, parto e ou puerpério | 3 | 5,6% |
| Outras doenças infecciosas e parasitárias maternas complicando a gravidez, o parto e o puerpério | 1 | 1,9% |
| Anemia complicando a gravidez, o parto e o puerpério | 1 | 1,9% |
| Doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, o parto e o puerpério | 3 | 5,6% |
| Doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, o parto e o puerpério | 3 | 5,6% |
| Doenças do aparelho digestivo complicando a gravidez, o parto e o puerpério | 1 | 1,9% |
| Outras doenças e afecções especificadas complicando a gravidez, o parto e o puerpério | 4 | 7,4% |
| Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério | 9 | 16,7% |
| Hipertensão essencial pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério | 1 | 1,9% |
| Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa | 1 | 1,9% |
| Pré-eclâmpsia | 5 | 9,3% |
| Eclâmpsia na gravidez | 1 | 1,9% |
| Eclâmpsia no trabalho de parto | 1 | 1,9% |
| Complicações do trabalho de parto e do parto | 7 | 13,0% |
| Outras formas de inércia uterina | 1 | 1,9% |
| Anormalidades da contração uterina, não especificadas | 1 | 1,9% |
| Outras hemorragias do pós-parto imediato | 4 | 7,4% |
| Choque durante ou subsequente ao trabalho de parto e o parto | 1 | 1,9% |

| | | |
|---|-----------|--------------|
| Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério | 7 | 13,0% |
| Outras infecções dos órgãos genitais subsequentes ao parto | 1 | 1,9% |
| Embolia obstétrica por coágulo de sangue | 1 | 1,9% |
| Cardiomiopatia no puerpério | 1 | 1,9% |
| Complicação do puerpério não especificada | 3 | 5,6% |
| Infecção puerperal | 1 | 1,9% |
| Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez | 4 | 7,4% |
| Infecção trato genital | 1 | 1,9% |
| Diabetes mellitus pré-existente, insulino-dependente | 1 | 1,9% |
| Diabetes mellitus na gravidez, não especificado | 1 | 1,9% |
| Transtornos do fígado na gravidez, no parto e no puerpério | 1 | 1,9% |
| Gravidez que termina em aborto | 2 | 3,7% |
| Gravidez ectópica | 2 | 3,7% |
| Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto | 1 | 1,9% |
| Descolamento prematuro da placenta, não especificado | 1 | 1,9% |
| TOTAL | 54 | 100% |

Fonte: SIM, 2022.

O grupo com maior número de ocorrências foi *Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte* (44,4%), onde estão os quatro óbitos maternos relacionados à COVID-19 (7,4%) e os óbitos com *CID O99.8 - Outras doenças e afecções especificadas complicando a gravidez, o parto e o puerpério* (7,4%), em que as mulheres tinham outras condições que contribuíram para a morte, como lúpus, acidente vascular cerebral, malformação arteriovenosa cerebral e câncer de sistema nervoso central.

Quanto à estratificação das mortes maternas segundo o tipo de causa obstétrica, observou-se que 50% das ocorrências se deram por causas diretas, 46,3% pelas indiretas e 3,7% de causa não especificada (Tabela 5).

Tabela 5. Número e percentual de óbitos maternos segundo tipo de causa obstétrica, RS, 2020.

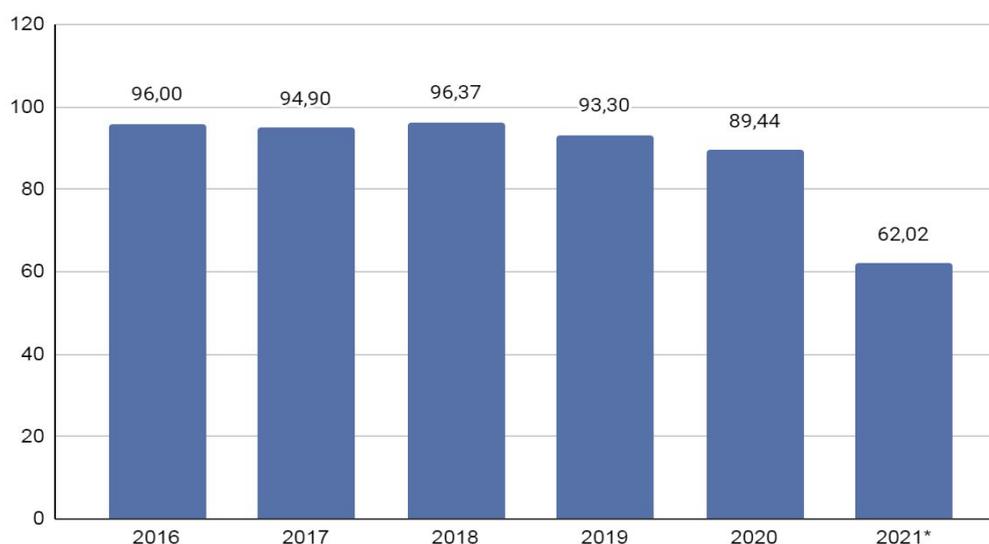
| Tipo de Causa Obstétrica | N | % |
|---|-----------|--------------|
| Morte materna obstétrica direta | 27 | 50,0 |
| Transtornos hipertensivos | 8 | 29,6 |
| Complicações do parto e trabalho de parto | 7 | 25,9 |
| Complicações do puerpério | 7 | 25,9 |
| Gravidez ectópica | 2 | 7,4 |
| Descolamento de placenta | 1 | 3,7 |
| Infecção trato genital | 1 | 3,7 |
| Transtornos do fígado | 1 | 3,7 |
| Morte materna obstétrica indireta | 25 | 46,3 |
| Outras afecções obstétricas | 22 | 88,0 |
| Diabetes | 2 | 8,0 |
| Transtorno hipertensivo prévio | 1 | 4,0 |
| Causa não especificada | 2 | 3,7 |
| Total mortes maternas | 54 | 100,0 |

Entre as obstétricas diretas, os transtornos hipertensivos (hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia) foram as principais causas de óbitos maternos com 29,6%. Nas indiretas, 88% das mortes foram por outras afecções obstétricas, como doenças infecciosas, do aparelho circulatório, respiratório e digestivo, entre outras.

Para robustez da análise e precisão dos números apresentados é necessário realizar, primeiramente, a investigação completa de todos os óbitos maternos ocorridos. No estado, ao longo dos anos os percentuais de investigação vinham se mantendo acima de 90% até 2019 (Figura 3).

Fonte: SIM, 2022.

Figura 3 - Percentual de investigação da mortalidade materna, RS, 2016-2021.



Fonte: Bi SES/RS. *Os dados de 2021 ainda são parciais

O ano de 2020 apresentou queda nas investigações, o que pode ter relação com o início da pandemia por COVID-19 no país.

Descrição da Análise

As causas de mortalidade materna, em sua maioria, são evitáveis se detectadas precocemente e tratadas de forma adequada. Dessa forma, é de suma importância assegurar o acesso das gestantes e puérperas aos serviços de assistência ao pré-natal e gravidez e garantir que os profissionais estejam preparados para atendê-las.

Destaca-se, nesse contexto, a hemorragia e a pré-eclâmpsia dentre as principais causas de óbito, pois, juntas representaram 29,7% das causas básicas de mortes maternas obstétricas no ano de 2020. Cabe salientar que, mesmo com a COVID-19, o percentual de mulheres acometidas por este agravo ou por agravos respiratórios ainda foi menor do que as causas hemorrágicas.

O Boletim Epidemiológico Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de 2019, lançado em 2020, focou na relação das mortes maternas por causas hemorrágicas devido às altas taxas de parto cesáreo no RS.

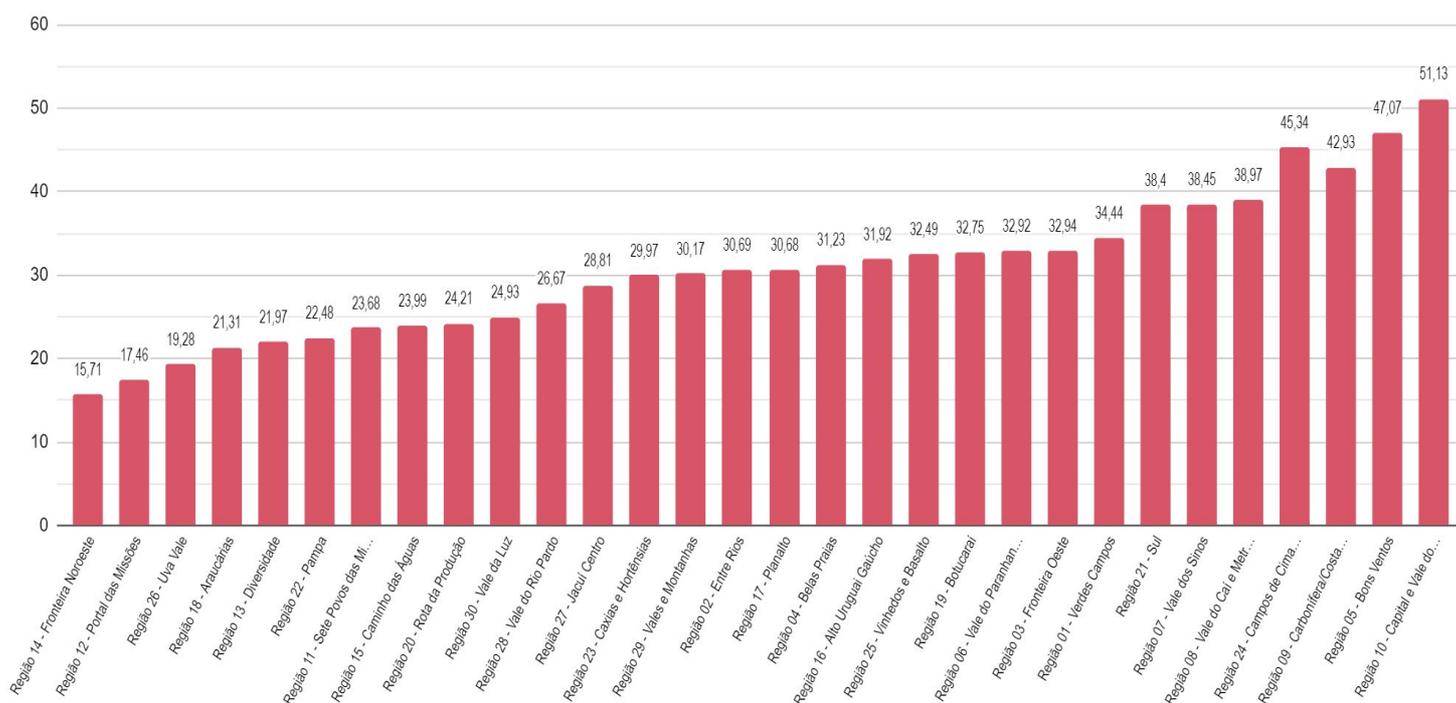
Nesse contexto vale salientar, que da mesma maneira que a mortalidade por causas hemorrágicas segue em ascendência no estado, o número de cesáreas segue a mesma tendência.



O crescimento de partos cesáreos no RS, pode ser observado no Indicador 13 da Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021, *Proporção de Parto Normal no SUS e na Saúde complementar*, onde somente 36,06% dos partos realizados foram via vaginal em 2020, sendo a menor proporção desde 2010, quando o indicador passou a ser mensurado.

Os índices mais alarmantes estão nas Regiões, R14 - Fronteira Noroeste (15,71%), R12 - Portal das Missões (17,46%) e R25 - Uva Vales (19,28%). As regiões que apresentaram os melhores indicadores foram: R10 - Capital Vale do Gravataí (51,13%), R05 - Bons Ventos (47,07%) e R24 - Campos de Cima da Serra (45,34%) (Figura 4).

Figura 4 - Proporção de Parto Normal no SUS e na Saúde Complementar, por Região de Saúde, RS, 2020.



Outro fator que podemos destacar na análise dos dados, é o número significativo de mulheres multigestas, que já tiveram mais de uma gravidez. Em 2020, entre os 54 óbitos maternos, 18 (33,3%) das mulheres tinham duas gestações prévias e 22 (40,7%) três ou mais. Esses dados demonstram falha no acesso ao planejamento reprodutivo pela população.

As ações de planejamento reprodutivo se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. Devem incluir e valorizar a participação masculina, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais são predominantemente assumidos pelas mulheres.

Atualmente, o SUS oferece métodos contraceptivos de barreira, como diafragma, preservativo masculino e feminino e Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre, hormonais (orais e injetáveis) e definitivos (laqueadura tubária e vasectomia).

Entre esses métodos destaca-se o **DIU de cobre** que possui uma larga utilização em nível mundial (em torno de 15 %). Em contraste, há baixo registro de utilização no Brasil, com estimativa de uso, conforme dados da PNDS 2006, em torno de 1,9%. O DIU de cobre é um método com alto potencial de eficácia, praticidade, segurança, com duração de até 10 anos, reversível e não hormonal. Além disso, há a possibilidade de inserção, sobretudo, no pós-parto imediato e no pós-abortamento



O RS tem trabalhado para estimular o uso dos métodos anticoncepcionais de longa duração, como o DIU. A inserção em mulheres no pós-parto e pós-abortamento imediatos nas maternidades é uma prática que complementa as ações realizadas na APS e amplia o acesso a este método. No entanto, quando analisamos o número de DIUs inseridos no estado, vemos endossada a reflexão acerca do acesso ao planejamento sexual e reprodutivo. Segundo dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), em 2021, dos 497 municípios gaúchos apenas 87 (17,5%) realizaram implantação de DIU na APS e, destes, 49 (56,3%) municípios implantaram apenas 5 ou menos dispositivos no ano.

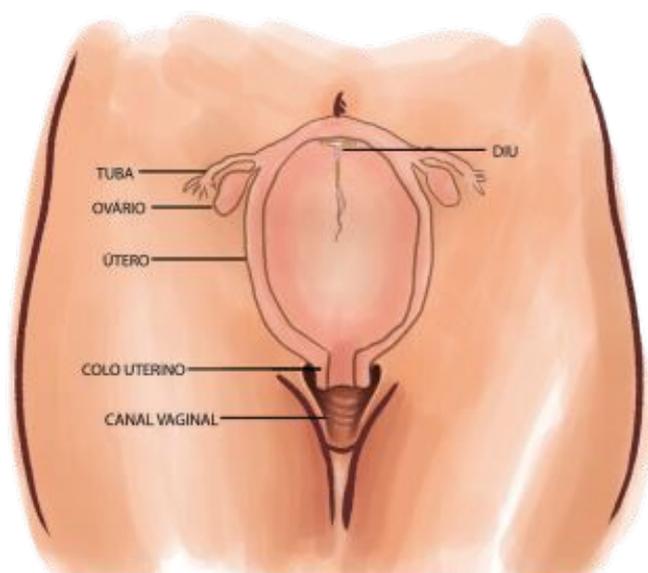


Imagem: DIU pós placentário.

O comprimento uterino em média é de 19 cm no pós-parto imediato e de 18 cm no 1º dia do pós-parto, enquanto o comprimento do DIU com cobre é de 15 cm da haste à extremidade do fio.

ÓBITOS MATERNOS POR COVID 19

Análise 2020 e 2021

Com o início da pandemia de COVID-19 no Brasil, observou-se o aumento dos índices de mortalidade na população em geral, colocando gestantes e puérperas entre os grupos com maior vulnerabilidade à infecção e que poderiam apresentar pior evolução do quadro. Até 2019 a média de óbitos maternos no RS era de 52 por ano, com RMM inferior a 40/100.000 NV, porém, em 2020, até o fechamento deste boletim, foram 54 mortes e a RMM atingiu 41,38/100.000 NV (Figura 5).

Figura 5 – Série histórica de óbitos maternos, RS, 2015-2021.



Fonte: Bi SES/RS *Os dados de 2021 ainda são parciais

Em 2020, o SIVEP-Gripe (Sistema de Informação de Vigilância da Gripe) registrou 163 internações por COVID-19 e 132 internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em gestantes no RS. Já nas puérperas foram 48 internações por COVID-19 e 88 por SRAG.

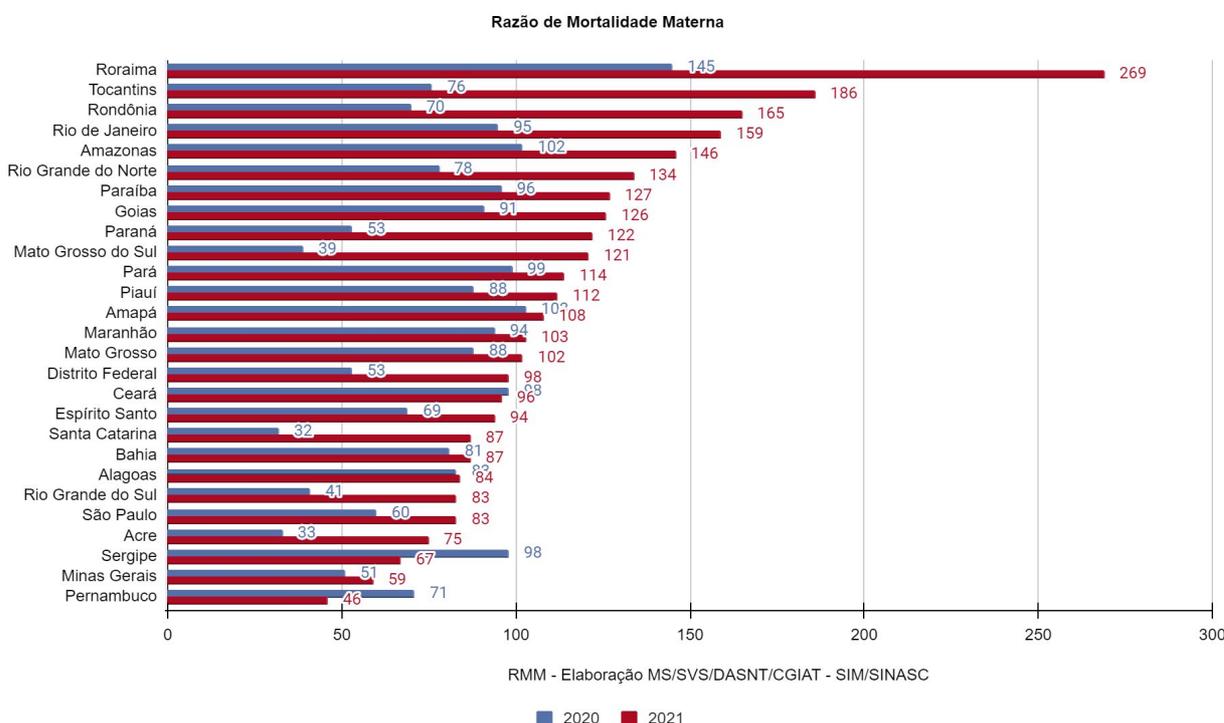
Quanto aos óbitos, foram registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) quatro por COVID-19. Quanto aos óbitos por SRAG, de acordo com dados do SIVEP-Gripe, foram cinco ocorrências no estado, porém nas declarações de óbito dessas mulheres não consta o CID-10 correspondente.

Em 2021, foram identificados 114 óbitos maternos no RS, sendo 62 relacionados à COVID-19. Quanto às internações, o SIVEP-Gripe registrou o total de 5.845 entre gestantes e puérperas no estado. Foram confirmados 5.224 casos de COVID-19 e 621 casos de SRAG em gestantes, entre as puérperas foram 66 casos de COVID-19 e 18 casos de SRAG.



Em relação ao cenário nacional dos óbitos maternos, nos anos de 2020 e 2021, mesmo com a RMM média e alta, o RS apresenta razão de mortalidade abaixo da média nacional (Figura 6). O cenário nacional, seguiu a mesma crescente de outros países da América, segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), “a falta de acesso à atenção oportuna e interrupções nos serviços de pré-natal são responsáveis pelo aumento da mortalidade materna nas Américas durante a pandemia, com uma em cada três mulheres grávidas incapazes de acessar cuidados intensivos oportunos”.

Figura 6 - Razão de mortalidade materna no Brasil, 2020-2021.



Com a crescente nos casos de COVID-19 em gestantes e a comprovada gravidade dos quadros clínicos desenvolvidos por gestantes e puérperas frente a este agravo, em agosto de 2020 o Ministério da Saúde em parceria com a Fiocruz, lançou o **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19**, que tinha como objetivo orientar o acesso e a horizontalidade da assistência durante a pandemia COVID-19. O documento aborda as vias de transmissão, o diagnóstico precoce e o adequado manejo das gestantes e puérperas nas diversas fases da infecção, definindo diretrizes que evitem a morbimortalidade materna e os agravos ao concepto. Vale destacar, que para a capilarização do manual e alinhamento das condutas clínicas adotadas nas maternidades do estado, foram realizados mais de 15 encontros com discussão de casos e debates sobre o atendimento de gestantes e puérperas.

Em maio de 2021, a Área Técnica de Saúde da Mulher em parceria com a Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul (Sogirgs), lançou a Recomendação sobre a inclusão de gestantes e puérperas sem comorbidades no Plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19 do Estado do Rio Grande do Sul, onde sugere a inclusão de gestantes e puérperas no Plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19 no RS. Nesse contexto, em junho de 2021, considerando que gestantes em qualquer idade gestacional e puérperas (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal) estavam em um grupo populacional, com elevado risco e letalidade, tendo em vista o agravamento da situação da pandemia no estado, passaram a ser incluídas nos grupos prioritários para vacinação contra a doença.

Contudo, mesmo com os esforços para garantir a vacinação e o acesso universal e facilitado de gestantes e puérperas, vale salientar que todas as mulheres que vieram a óbito por COVID-19, nos anos de 2020 e 2021, não possuíam nenhuma dose de vacina contra a doença. A Tabela 6 apresenta os dados de vacinação em gestantes e puérperas no RS até maio de 2022.

Tabela 6 - Número de doses da vacina contra a COVID-19 aplicadas em gestantes e puérperas, RS, 2022.

| Grupo vacináveis | 1ª dose | 2ª dose | Dose reforço D3 | Total* |
|------------------|---------|---------|-----------------|---------|
| Gestante | 45.908 | 41.215 | 17.139 | 104.262 |
| Puérpera | 14.758 | 13.430 | 6.108 | 34.296 |

Fonte: Monitoramento da Imunização COVID-19/SES - RS. Dados até 16 de maio de 2022.

Mortalidade Materna

A Secretaria Estadual de Saúde trabalha na implementação de políticas para fortalecer o atendimento às mulheres, gestantes e puérperas, a melhoria da atenção pré-natal, parto, nascimento e pós-parto, assim como instituir medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde, tanto no âmbito da atenção primária como na atenção especializada. 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 precocemente possível, com critérios de qualidade monitorados. No Brasil, assim como no estado, a maioria das mortes maternas são por causas evitáveis e ocorrem, principalmente por hipertensão; hemorragia; complicações respiratórias; infecções e abortos inseguros. 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: perfil socioeconômico, necessidade de grandes deslocamentos, baixa escolaridade, falta de informação, serviços inadequados, negativa de acesso/acolhimento, violência obstétrica*, diferentes práticas culturais, racismo e preconceito institucional.

Quanto ao elevado números de cesáreas no estado, é importante salientarmos que a OMS traz que a operação cesariana seria necessária e traria benefícios para o binômio mãe/bebê entre 10 a 20% dos nascimentos. O RS desponta como um dos estados que apresenta uma das maiores taxas de cesariana sendo esta de 63,2% segundo dados do Portal B.I. SES/RS 2021, expondo as usuárias a riscos desnecessários como infecção, hemorragia, risco de ruptura uterina e placenta prévia em gestações futuras.

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/23175649-recomendacao-sobre-a-inclusao-de-gestantes-e-puerperas-sem-comorbidades-no-pni.pdf>

*Apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher por agentes de saúde, mediante tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, que acabam resultando na perda de autonomia da gestante e de sua capacidade de decidir de maneira livre sobre seu corpo e sexualidade. Inclui a violência por negligência, que ocorre por meio da negativa de atendimento ou das imposições de obstáculos ao cumprimento dos direitos das gestantes. (Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 2002)

Destaca-se a relevância do correto registro de óbito, com o preenchimento de CIDs adequados e específicos, para que se possa identificar corretamente as causas de óbito materno e a partir desses dados realizar ações para a qualificação da assistência obstétrica, para que esses casos não se repitam. Por fim, é importante destacar que o percentual de óbitos maternos por COVID-19 no ano de 2020 foi de apenas 7,4% do total. Contudo, os baixos percentuais não se mantiveram em 2021**, que até agora registra 114 óbitos maternos, sendo 54,38% dos óbitos por COVID-19.

Por fim, vale salientar que 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.

Buscando diminuir as taxas de cirurgias cesarianas desnecessárias e aumentar a segurança do nascimento no RS, a SOGIRGS em parceria com a SES/RS lançou o **Projeto Parto Seguro**, que busca divulgar os benefícios do parto vaginal, tornando a mulher protagonista desse momento.

PARTO
SEGURO
Sogirgs
Bebê Saudável + Família Feliz

bit.ly/saudedamulhersogirgs

**Este boletim analisou dados parciais de 2021 que estão sujeitos a alterações até o fechamento do banco do SIM, que será feito até setembro de 2022.

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.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS) OBJETIVO 3: SAÚDE E BEM-ESTAR

Meta 3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos.

O Rio Grande do Sul já alcançou a meta prevista pela ODS-3, atualmente o desafio é manter as taxas, bem como, atingir a meta PES 2023 de 9,6 por mil nascidos vivos.

Meta Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023

2020- 9,75 por mil nascidos vivos

2021- 9,75 por mil nascidos vivos

2022- 9,70 por mil nascidos vivos

2023- 9,6 por mil nascidos vivos

COMPONENTES DO ÓBITO INFANTIL

Óbito infantil: ocorre em crianças nascidas vivas até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 dias.

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

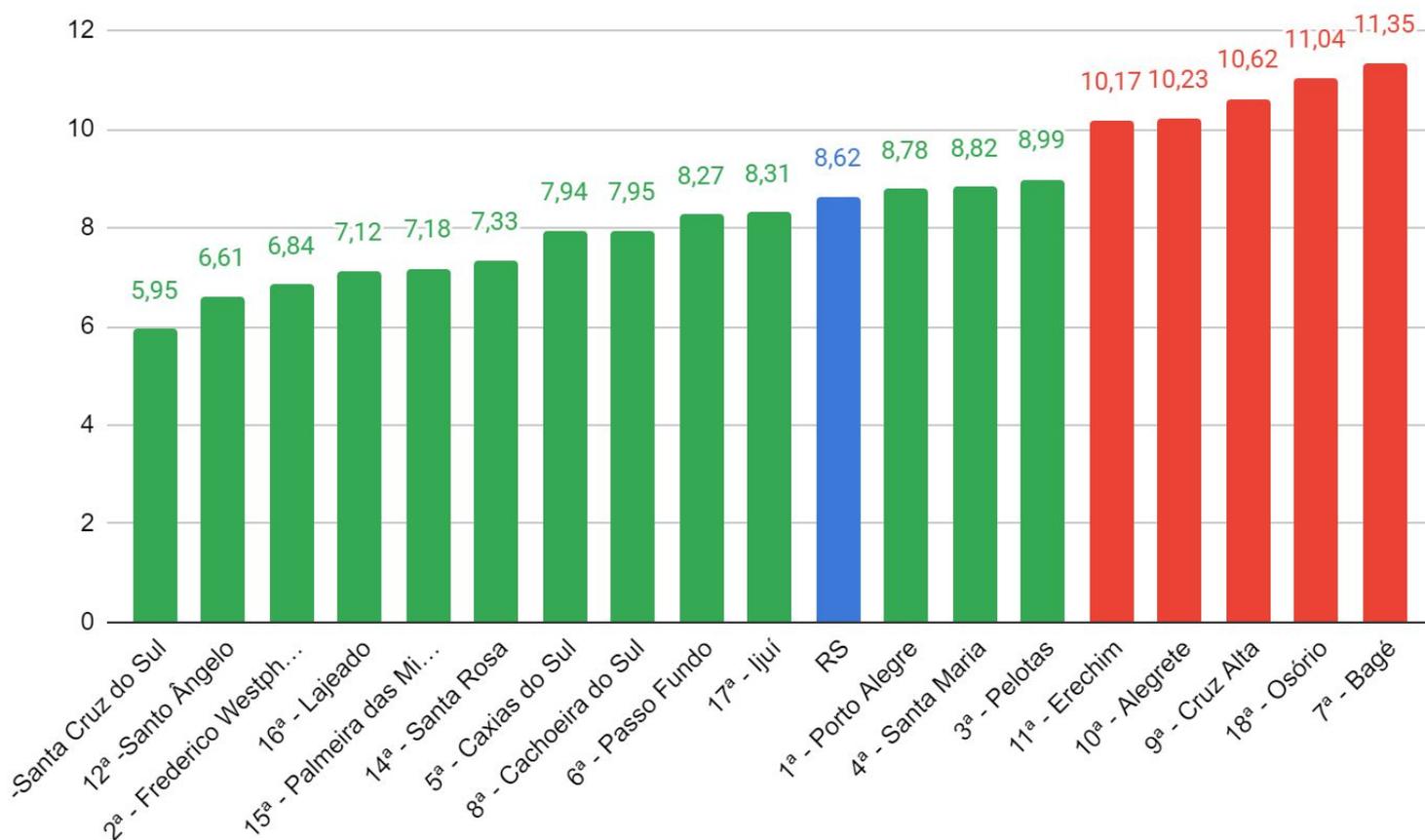
Pós-neonatal: ocorre em crianças de 28 a 364 dias de vida completos

Óbito fetal ou natimorto: é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez.

Mortalidade Infantil

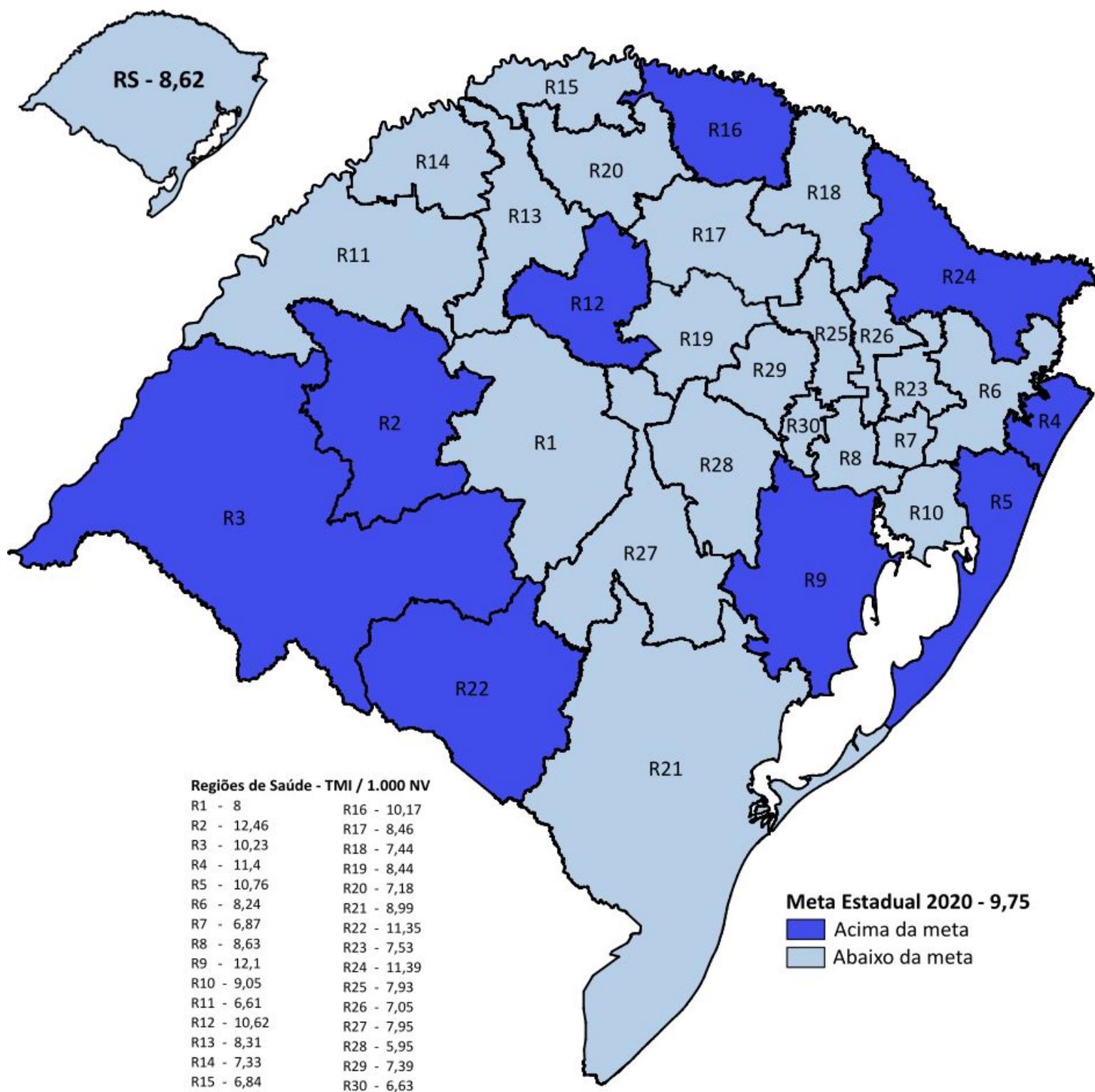
A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Os óbitos decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas na Rede de Atenção à 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).

Figura 7 - Taxa de Mortalidade Infantil, por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2020.



Fonte: DGTI/SES/RS - SIM/SINASC. Acesso em abril de 2022

Figura 8 - Taxa de Mortalidade Infantil, por Região de Saúde, RS, 2020.



Conforme observa-se na **Tabela 7**, no ano de 2020, a taxa de Mortalidade Infantil foi de 8.62 por mil nascidos vivos, sendo 1.124 óbitos em crianças menores de um ano e 130.469 nascimentos. Portanto, a meta estadual pactuada de 9.75/1.000 NV para aquele ano, foi atingida. Em torno de 77.49% do total foram óbitos neonatais (0–28 dias) e aproximadamente 70.90% 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 (9.49) e a Macrorregião Sul (9.44). Já as Regiões de Saúde que ficaram acima da meta estadual foram a **R2, R3, R4, R5, R9, R12, R16, R22 e R24** e entre as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) **1ª, 3ª, 4ª, 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª e 18ª**, conforme **Tabela 7**.

Tabela 7 - Taxa de Mortalidade Infantil, por CRS, RS, 2020.

| CRS | Nascidos Vivos | Óbitos | CMI |
|----------------------------|----------------|--------------|-------------|
| 1ª - Porto Alegre | 52.159 | 458 | 8,78 |
| 2ª - Frederico Westphalen | 2.338 | 16 | 6,84 |
| 3ª - Pelotas | 9.342 | 84 | 8,99 |
| 4ª - Santa Maria | 6.124 | 54 | 8,82 |
| 5ª - Caxias do Sul | 14.363 | 114 | 7,94 |
| 6ª - Passo Fundo | 8.099 | 67 | 8,27 |
| 7ª - Bagé | 2.202 | 25 | 11,35 |
| 8ª - Cachoeira do Sul | 2.263 | 18 | 7,95 |
| 9ª - Cruz Alta | 1.506 | 16 | 10,62 |
| 10ª - Alegrete | 5.574 | 57 | 10,23 |
| 11ª - Erechim | 2.556 | 26 | 10,17 |
| 12ª - Santo Ângelo | 3.328 | 22 | 6,61 |
| 13ª - Santa Cruz do Sul | 3.697 | 22 | 5,95 |
| 14ª - Santa Rosa | 2.591 | 19 | 7,33 |
| 15ª - Palmeira das Missões | 2.090 | 15 | 7,18 |
| 16ª - Lajeado | 4.216 | 30 | 7,12 |
| 17ª - Ijuí | 2.767 | 23 | 8,31 |
| 18ª - Osório | 5.254 | 58 | 11,04 |
| RS | 130.469 | 1.124 | 8,62 |

Fonte: DGTI/SES/RS - SIM/SINASC. Acesso em abril de 2022

Tabela 8 - Causas de mortalidade infantil, RS, 2020.

| Causas de Mortalidade Infantil | Número de Óbitos | % |
|---|------------------|---------------|
| 1. Algumas Afecções originadas no período perinatal | 690 | 61,39% |
| Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal | 193 | |
| Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido | 3 | |
| Afecções comprometendo o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido | 5 | |
| Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido | 16 | |
| Traumatismo de parto | 1 | |
| Feto e recém-nascidos afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto | 255 | |
| Infecções específicas do período perinatal | 102 | |
| Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal | 45 | |
| Transtorno do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido | 52 | |
| Outros transtornos originados no período perinatal | 18 | |
| 2. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas | 301 | 26,78% |
| Malformações congênitas do aparelho circulatório | 125 | |
| Anomalias cromossômicas não classificadas em outras partes | 50 | |
| Malformações congênitas do sistema nervoso | 30 | |
| Malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular | 25 | |
| Demais Malformações congênitas | 25 | |
| Malformações congênitas do aparelho respiratório | 17 | |
| Malformações congênitas do aparelho urinário | 14 | |
| Outras malformações congênitas do aparelho digestivo | 14 | |
| Malformações congênitas dos órgãos genitais | 1 | |
| 3. Causas Externas de morbidade e mortalidade | 38 | 3,38% |
| Afogamento e submersão acidental | 1 | |
| Outros riscos acidentais à respiração | 28 | |
| Agressões | 4 | |
| Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte | 2 | |
| Quedas | 2 | |
| Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados | 1 | |
| 4. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 24 | 2,14% |
| Doenças infecciosas intestinais | 2 | |
| Infecções de transmissão predominantemente sexual | 7 | |
| Outras doenças bacterianas | 10 | |
| Micoses | 1 | |
| Outras doenças por vírus | 4 | |

Fonte: DGTI/SES/RS - SIM/SINASC. Acesso em abril de 2022

Tabela 8 - Causas de mortalidade infantil, RS, 2020 - Continuação

| | | |
|--|--------------|--------------|
| 5.Doença do aparelho respiratório | 19 | 1,69% |
| Doenças crônicas das vias aéreas inferiores | 1 | |
| Doenças pulmonares devidas a agentes externos | 1 | |
| Influenza [gripe] e pneumonia | 9 | |
| Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores | 7 | |
| Outras doenças do aparelho respiratório | 1 | |
| 6.Outras | 52 | 4,62% |
| Total | 1.124 | 100% |

Fonte: DGTI/SES/RS - SIM/SINASC. Acesso em abril de 2022

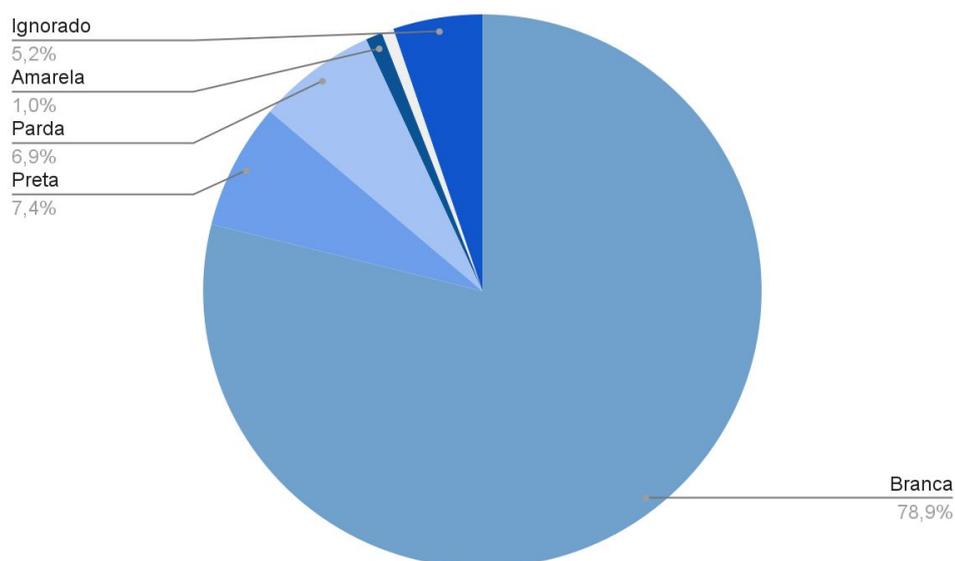
As principais causas de mortalidade pelo CID-10 no ano de 2020, encontram-se descritas de forma detalhada na **Tabela 8**.

Dentre as causas de óbitos originadas no período perinatal, destacam-se os por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e parto (36,96%), seguidas de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (27,97%).

Dentro das causas dos óbitos evitáveis causados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e parto se destacam: **Feto e recém-nascido afetado por transtorno materno hipertensivo** (46 óbitos) e **feto e recém-nascido afetado por doenças maternas renais e das vias urinárias** (20 óbitos). Ainda, nos óbitos por malformações congênitas predominam as **malformações cardíacas** que totalizaram 106 óbitos em 2020.

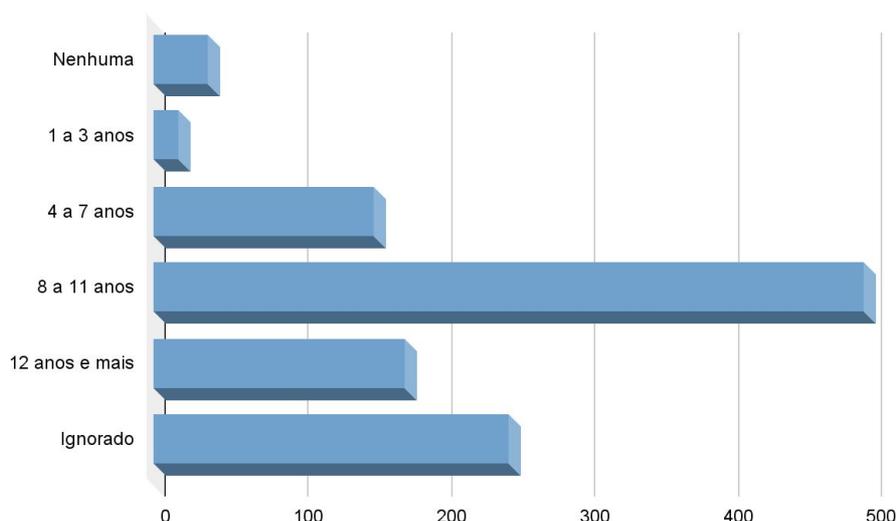
Ao analisarmos os óbitos infantis de acordo com o quesito raça/cor, observa-se na **Figura 9** que estes óbitos são declarados, em sua maioria, como sendo de crianças brancas. Não foram descritos os coeficientes de mortalidade por raça/cor pela discrepância de preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, resultando em um coeficiente distorcido. Já, com relação à escolaridade e idade da mãe, retratados nas **Figuras 10 e 11**, respectivamente, a maioria possui entre 8 e 11 anos de estudo e idade materna entre 20 e 24 anos.

Figura 9 - Proporção de Óbitos infantis por Raça/Cor, RS, 2020.

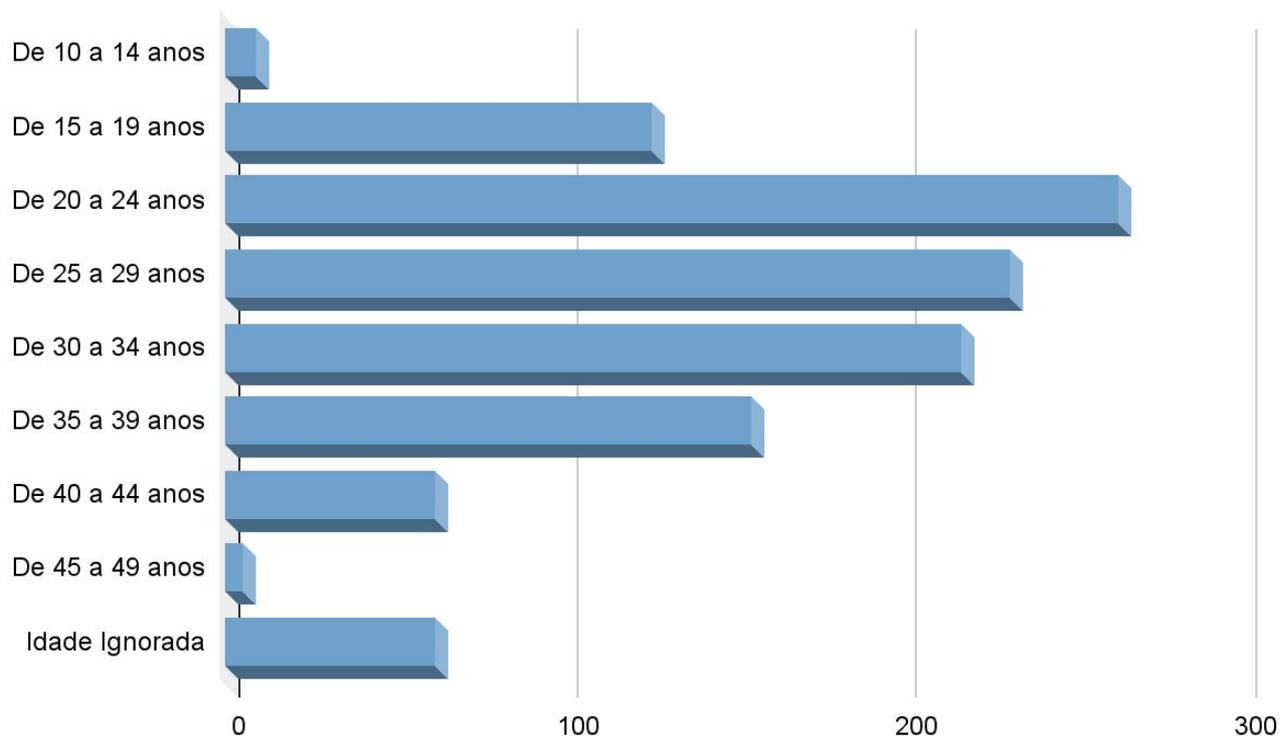


Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso em abril de 2022

Figura 10 - Número de Óbitos infantis/residência por escolaridade da mãe, RS, 2020.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso em abril de 2022

Figura 11 - Número de Óbitos Infantis/residência por idade da mãe, RS, 2020.

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso em abril de 2022

Já em **2021** tivemos, no estado, 1.185 óbitos infantis e 124.186 nascimentos, resultando em uma taxa preliminar de 9.54 óbitos/1.000 NV, portanto atingindo a meta ajustada para o ano, 9.70, conforme observa-se na Figura 12.

Quanto à faixa etária, cerca de 74.35% do total são óbitos neonatais (0–28 dias). Aproximadamente 66.16% do total de óbitos ocorreu entre recém-nascidos com menos de 2.500g ao nascer.

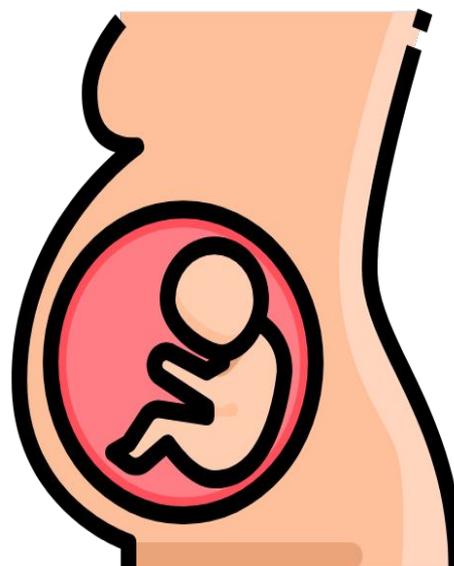
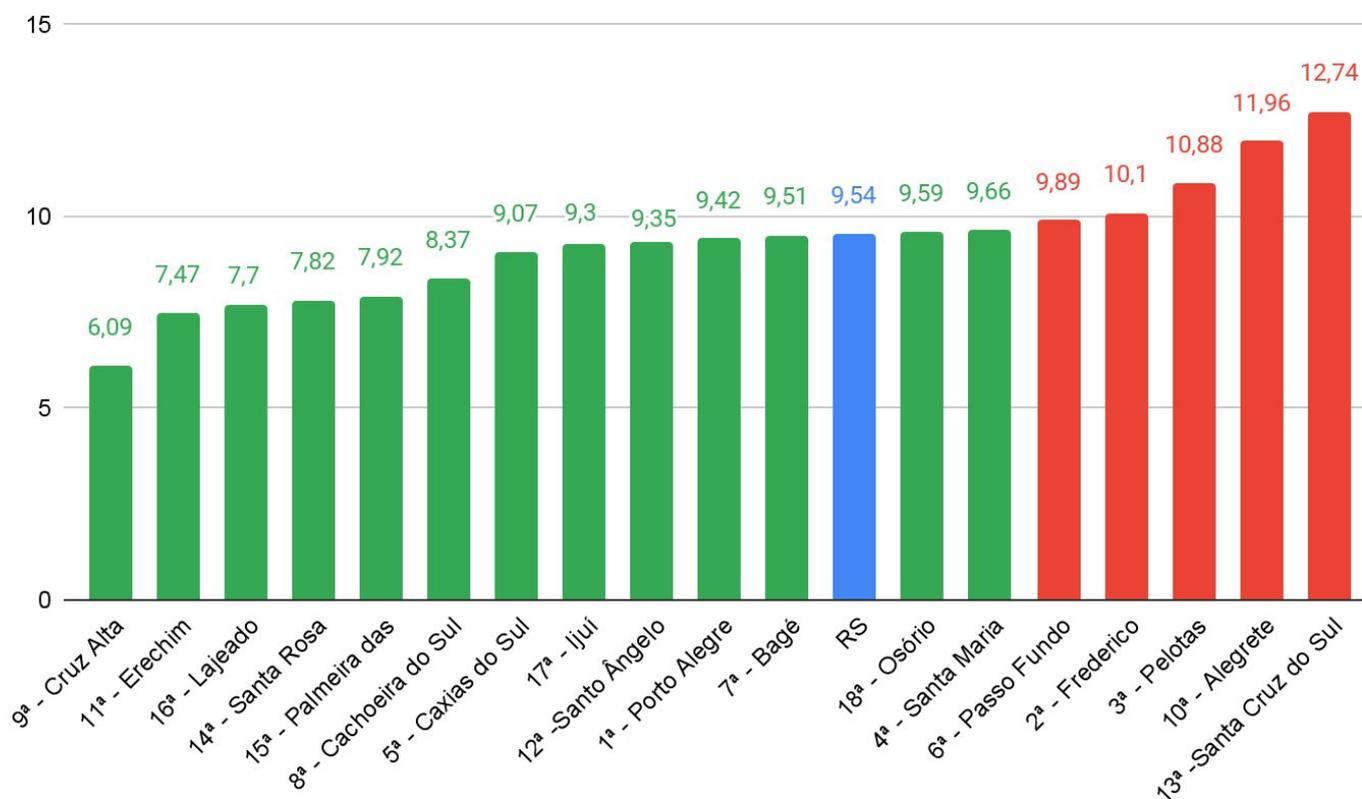


Figura 12 - Taxa de Mortalidade Infantil por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2021*.

Fonte: DGTI/SES/RS - SIM/SINASC. Acesso em maio de 2022 - 2021* Dados preliminares

Dentre as causas, 694 óbitos, ou seja 58,57% do total de óbitos são relacionados às causas perinatais, isto é, 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. As Malformações Congênitas e anomalias cromossômicas somam 313 óbitos (26,41%) e Causas externas de morbidade e mortalidade 43 óbitos (3,63%), conforme descrito detalhadamente na **Tabela 9**.

Preliminarmente, todas as macrorregiões de saúde apresentaram taxas de mortalidade infantil dentro da meta pactuada (9,70). Entre as Regiões de Saúde, **R1, R3, R4, R7, R15, R17, R19, R21, R24 e R28** apresentam-se acima da meta. Já entre as CRS, apenas a **2ª, 3ª, 6ª, 10ª e 13ª** encontram-se preliminarmente acima da meta estadual pactuada para 2021. Ainda, a 13ª CRS apresentou o pior desempenho, passando de uma taxa de 5,95 para 12,74 óbitos por mil nascidos vivos em 2021. Comparando-se 2020 e 2021, as macrorregiões Sul e Centro-Oeste permanecem com o coeficiente acima da meta do estado.

Tabela 9 - Causas de mortalidade infantil, RS, 2021*.

| Causas de Mortalidade | Número de Óbitos | % |
|---|-------------------------|---------------|
| 1. Algumas Afecções originadas no período perinatal | 694 | 58,57% |
| Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal | 186 | |
| Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido | 6 | |
| Afecções comprometendo o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido | 5 | |
| Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido | 27 | |
| Traumatismo de parto | 2 | |
| Feto e recém-nascidos afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto | 197 | |
| Infecções específicas do período perinatal | 101 | |
| Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal | 89 | |
| Transtorno do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido | 51 | |
| Outros transtornos originados no período perinatal | 30 | |
| 2. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas | 313 | 26,41% |
| Malformações congênitas do aparelho circulatório | 135 | |
| Anomalias cromossômicas não classificadas em outras partes | 47 | |
| Malformações congênitas do sistema nervoso | 25 | |
| Malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular | 29 | |
| Outras Malformações congênitas | 32 | |
| Malformações congênitas do aparelho respiratório | 20 | |
| Malformações congênitas do aparelho urinário | 17 | |
| Outras malformações congênitas do aparelho digestivo | 7 | |
| Malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular | 29 | |
| Fenda labial e fenda palatina | 1 | |
| 3. Causas Externas de morbidade e mortalidade | 43 | 3,63% |
| Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada | 5 | |
| Exposição à corrente elétrica, à radiação e às temperaturas e pressões extremas do ambiente | 2 | |
| Outros riscos acidentais à respiração | 30 | |
| Agressões | 1 | |
| Outros acidentes de transporte terrestre | 1 | |
| Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte | 1 | |
| Quedas | 2 | |
| Outros acidentes de transporte e os não especificados | 1 | |
| 4. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 35 | 2,95% |
| Doenças infecciosas intestinais | 2 | |
| Infecções de transmissão predominantemente sexual | 12 | |
| Outras doenças bacterianas | 12 | |
| Infecções virais do sistema nervoso central | 1 | |
| Outras doenças por vírus | 7 | |
| Tuberculose | 1 | |

Tabela 9 - Causas de mortalidade infantil, RS, 2021* - Continuação

| | | |
|--|--------------|--------------|
| 5.Doença do aparelho respiratório | 21 | 1,77% |
| Doenças pulmonares devidas a agentes externos | 1 | |
| Influenza [gripe] e pneumonia | 5 | |
| Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores | 15 | |
| 6.Outras | 79 | 6,67% |
| Total | 1.185 | 100% |

Fonte: DGTI/SES/RS - SIM/SINASC. Acesso em maio de 2022 - 2021* Dados preliminares

Ao realizarmos uma análise comparativa nas causas de óbito de 2020 e 2021*, podemos observar que se mantém em ambos os anos, como primeira causa, os óbitos ocorridos por Afecções Originadas no Período Perinatal, totalizando 61,39% em 2020 e 58,57% dos óbitos em 2021. Em segundo lugar permanece as Malformações Congênitas com 26,78% em 2020 e 26,41% em 2021 e, quando olhamos para a terceira causa de óbitos, em 2020 aparecem as Causas Externas de Morbidade e Mortalidade com 38 óbitos (3,38%) e em 2021 esta causa se mantém com 43 óbitos (3,63%), preliminarmente.

O ano de 2020 permanece sendo o com a menor taxa de mortalidade infantil da história do RS. Já em 2021 houve um aumento no número de óbitos de forma global em todas as causas, retornando aos patamares da taxa de mortalidade infantil prévios à pandemia.

Ainda, em 2021 observou-se um aumento de 45% dos óbitos por causas infecciosas e parasitárias. Também dentro desse grupo, em 2020, foram 07 óbitos por sífilis congênita e em 2021 ocorreram 12 óbitos por essa causa, representando um aumento de quase 70%. Outra causa de óbito que também teve um aumento significativo em 2021, foi a Bronquiolite, com 07 óbitos em 2020 e 15 em 2021.



Com relação à faixa etária, novamente observa-se o predomínio do componente **neonatal** do óbito infantil, tanto para o ano de 2020 quanto para o ano de 2021 (dados preliminares). Esses óbitos estão associados a fatores biológicos, socioeconômicos e, principalmente, relacionados à assistência à gestante e ao recém nascido. Assim, para além da atenção à saúde integral da gestante, é importante que a família seja acompanhada de forma intersectorial.



Conforme observa-se na **Tabela 10**, a maioria dos óbitos neonatais ocorre na faixa entre **0 e 6 dias** de vida da criança, caracterizando-os como óbitos **neonatais precoces**. Esses óbitos estão fortemente relacionados às lacunas na assistência pré-natal e perinatal, constatadas durante as investigações dos óbitos infantis.

Tabela 10 - Óbito Infantil, por faixa etária, RS, 2020-2021*.

| Faixa Etária | 2020 | | 2021* | |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Casos | Proporção | Casos | Proporção |
| 0 a 6 dias | 624 | 55,52% | 615 | 51,90% |
| 7 a 27 dias | 242 | 21,53% | 266 | 22,45% |
| 28 dias a 1 ano | 258 | 22,95% | 304 | 25,65% |
| Total | 1124 | 100% | 1185 | 100% |

Fonte: DGTI/SES/RS - SIM/SINASC. Acesso em maio de 2022 - 2021* Dados preliminares

Investigação do Óbito Infantil e Fetal

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 11** é possível observar os percentuais de investigação dos óbitos por grupo etário, em nível estadual entre 2017 e 2021, esse último, ainda parcial.

Tabela 11 - Percentual de Investigação do Óbito Infantil e Fetal, por grupo etário, RS, 2017-2021.

| Grupo Etário | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021* |
|------------------|-----------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Fetal | 89,72 | 92,61 | 86,32 | 83,19 | 61,15 |
| Neonatal precoce | 91,16 | 92,61 | 91 | 84,98 | 61,42 |
| Neonatal tardia | 91,24 | 95,68 | 90,79 | 86,12 | 57,58 |
| Neonatal | 91,19 | 93,47 | 90,94 | 85,3 | 60,25 |
| Pós-neonatal | 88,13 | 96,82 | 89,83 | 88,42 | 63,46 |
| Infantil | 90,25 | 94,39 | 90,62 | 86,02 | 61,08 |
| Fetal e Infantil | 90 | 93,56 | 88,77 | 84,65 | 61,11 |

Fonte: Painel de Monitoramento do óbito Infantil e Fetal. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Acesso em Maio de 2022 - *2021 preliminar

Considerando-se a situação de saúde pública vivida nos anos de 2020 e 2021, muitos municípios encontraram dificuldades quanto às investigações de óbito. Assim, observa-se na **Tabela 12** que há Regiões de Saúde com percentuais de investigação consideravelmente baixos. Por outro lado, é importante ressaltar que um percentual alto de investigação dos óbitos de um determinado município e/ou região, nem sempre é sinônimo de qualidade no que se refere aos dados obtidos ou do completo preenchimento das fichas de investigação. Observa-se, em muitos casos, lacunas de informações importantes relacionadas à assistência à gestante e ao recém-nascido, prejudicando, dessa forma, a discussão e o planejamento de estratégias e ações que objetivam evitar futuros óbitos infantis e fetais.

Tabela 12 - Distribuição locorregional do percentual de Óbitos Infantis e Fetais investigados, RS, 2020.

| Macrorregião | CRS | Região de Saúde | Investigados | Total Óbitos | Proporção |
|----------------------------|------------------------------|---|-------------------------------|--------------|---------------|
| Centro-Oeste | 4ª - Santa Maria | Região 01 - Verdes Campos | 115 | 117 | 98,29% |
| | | Região 02 - Entre Rios | 35 | 35 | 100,00% |
| | 10ª - Alegrete | Região 03 - Fronteira Oeste | 165 | 175 | 94,29% |
| Metropolitana | 1ª - Porto Alegre | Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra | 42 | 69 | 60,87% |
| | | Região 07 - Vale dos Sinos | 161 | 194 | 82,99% |
| | | Região 08 - Vale do Cai e Metropolitana | 184 | 235 | 78,30% |
| | | Região 09 - Carbonífera/Costa Doce | 98 | 142 | 69,01% |
| | 18ª - Osório | Região 10 - Capital e Vale do Gravataí | 645 | 703 | 91,75% |
| | | Região 04 - Belas Praias | 37 | 73 | 50,68% |
| Misioneira | 9ª - Cruz Alta | Região 05 - Bons Ventos | 68 | 88 | 77,27% |
| | | Região 12 - Portal das Missões | 34 | 40 | 85,00% |
| | 12ª - Santo Ângelo | Região 11 - Sete Povos das Missões | 54 | 68 | 79,41% |
| | 14ª - Santa Rosa | Região 14 - Fronteira Noroeste | 34 | 51 | 66,67% |
| 17ª - Ijuí | Região 13 - Diversidade | 61 | 66 | 92,42% | |
| Norte | 2ª - Frederico Westphalen | Região 15 - Caminho das Águas | 39 | 49 | 79,59% |
| | | 6ª - Passo Fundo | Região 17 - Planalto | 115 | 130 |
| | Região 18 - Araucárias | | 34 | 36 | 94,44% |
| | Região 19 - Botucaraí | | 34 | 35 | 97,14% |
| | 11ª - Erechim | Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho | 56 | 73 | 76,71% |
| 15ª - Palmeira das Missões | Região 20 - Rota da Produção | 29 | 43 | 67,44% | |
| Serra | 5ª - Caxias do Sul | Região 23 - Caxias e Hortênsias | 125 | 147 | 85,03% |
| | | Região 24 - Campos de Cima da Serra | 31 | 45 | 68,89% |
| | | Região 25 - Vinhedos e Basalto | 73 | 86 | 84,88% |
| | | Região 26 - Uva Vale | 40 | 43 | 93,02% |
| Sul | 3ª - Pelotas | Região 21 - Sul | 220 | 256 | 85,94% |
| | 7ª - Bagé | Região 22 - Pampa | 54 | 65 | 83,03% |
| Vales | 8ª - Cachoeira do Sul | Região 27 - Jacuí Centro | 54 | 54 | 100,00% |
| | | 13ª - Santa Cruz do Sul | Região 28 - Vale do Rio Pardo | 98 | 98 |
| | 16ª - Lajeado | | Região 29 - Vales e Montanhas | 61 | 61 |
| | | Região 30 - Vale da Luz | 25 | 25 | 100,00% |
| Total | | | 2.821 | 3.302 | 85,43% |

Taxa de Mortalidade Infantil

A redução da mortalidade infantil, principalmente o **componente neonatal**, constitui-se um desafio ainda 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.



A Política de Saúde da Criança/Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida/DAPPS/SES/RS realiza desde março de 2021, encontros semanais de discussão locorregional dos casos de óbitos infantis e fetais. Nesse ano foram 48 casos discutidos, com a presença de 36 municípios e 203 participantes, incluindo profissionais da Divisão de Atenção Primária em Saúde, Política de Saúde da Mulher, Primeira Infância Melhor, CRS, Municípios e Serviços dos locais onde ocorreram os óbitos. As reuniões semanais permanecem sendo realizadas no ano de 2022, conforme cronograma pactuado entre a Política de Saúde da Criança/DAPPS e as CRS/SES/RS.

Outra importante estratégia para a redução e prevenção dos óbitos evitáveis foi a implantação do **Comitê Estadual de Prevenção e Enfrentamento da Mortalidade Materna e Infantil** (CEPEMMIF), instituído pelo **Decreto Estadual Nº 55.994 de 14 de julho de 2021**. O objetivo principal do Comitê Estadual é a realização de análises ampliadas e detalhadas das investigações dos óbitos infantis e fetais, a fim de possibilitar a busca por soluções viáveis, através de articulações conjuntas.

A primeira reunião do CEPEMMIF ocorreu no mês de março/22 e contou com a presença da maioria das instituições descritas no Regimento Interno. Na ocasião, foi apresentado o panorama atual da mortalidade materna, infantil e fetal e, após a manifestação dos presentes, pactuou-se, conjuntamente, um cronograma de reuniões do Comitê previstas para o ano de 2022.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade [Internet]. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Nascidos Vivos [Internet]. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Vigilância da Gripe [Internet]. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal – 2. ed. Brasília, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação/Portal BI [Internet]. Porto Alegre, 2021.

RODRIGUES, A.; LACERDA, L.; FRANCISCO, R.P.V. 'Brazilian Obstetric Observatory' arXiv preprint arXiv:2105.06534 (2021)

Para as imagens deste boletim epidemiológico foi utilizada a plataforma Canva®.