Boletim Informativo do Comitê Municipal de Mortalidade Materna 2025

Editorial

O Comitê Municipal de Mortalidade Materna de Porto Alegre foi instituído em 1996 com a finalidade de investigar e analisar os óbitos maternos ocorridos durante a gestação, o parto e o puerpério no município.

Sua composição é multiprofissional e interinstitucional, reunindo representantes da Área Técnica da Saúde da Mulher, da Vigilância em Saúde, das maternidades de referência, de serviços de saúde, de conselhos de categorias profissionais e de organizações da sociedade civil.

Entre suas principais atribuições estão a análise de todos os óbitos maternos registrados no município, a identificação dos fatores determinantes relacionados às mortes e a proposição de medidas voltadas à prevenção de óbitos maternos evitáveis, contribuindo para a qualificação da assistência à saúde da mulher.

As reuniões do Comitê ocorrem mensalmente na Secretaria Municipal de Saúde, constituindo um espaço permanente de vigilância, discussão técnica e fortalecimento das estratégias de prevenção da mortalidade materna.

Mortalidade Materna

A mortalidade materna é reconhecida mundialmente como um importante problema de saúde pública e constitui um dos principais indicadores das condições de vida da população, do desenvolvimento social e da qualidade da atenção à saúde. Desde a década de 1980, diversos esforços internacionais têm sido empreendidos para reduzir os óbitos ocorridos durante a gestação, o parto e o puerpério.

Entre as principais causas biomédicas destacam-se a hemorragia pós-parto, as síndromes hipertensivas da gestação, a eclâmpsia e as complicações decorrentes do aborto, sendo a maioria dessas mortes considerada evitável mediante assistência oportuna e qualificada.

Ao longo das últimas décadas, a compreensão da mortalidade materna foi ampliada com a incorporação dos determinantes sociais da saúde, reconhecendo-se a influência de fatores como escolaridade, renda, desigualdades de gênero, raça/cor e acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, a mortalidade materna passou a ser considerada não apenas um indicador das condições de saúde, mas também do desenvolvimento social e da equidade.

Nesse contexto, a redução da mortalidade materna foi incluída entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), vigentes entre 2000 e 2015, que estabeleceram como meta a redução de 75% da razão de mortalidade materna.

Embora tenham sido observados avanços significativos em diversos países, a meta não foi plenamente alcançada, evidenciando a necessidade de fortalecer políticas públicas e estratégias voltadas à saúde das mulheres.

Com a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, a redução da mortalidade materna permaneceu como prioridade global por meio do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que estabelece como meta reduzir a razão de mortalidade materna para menos de 30 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

No Brasil, a mortalidade materna continua representando um importante desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), demandando ações permanentes de vigilância, qualificação da assistência e fortalecimento das políticas públicas.

Dados preliminares referentes a 2024 apontam uma razão de mortalidade materna de 50,57 óbitos por 100.000 nascidos vivos, valor ainda superior à meta nacional prevista para 2030.

Como estratégia para enfrentar esse cenário, o Ministério da Saúde instituiu, em 2024, o Programa Rede Alyne, em substituição à Rede Cegonha, com o objetivo de atualizar e fortalecer as ações voltadas à qualificação, integralidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal.

Em Porto Alegre, a política municipal de atenção à saúde da mulher estrutura-se por meio da regionalização da assistência ao parto e ao nascimento, do monitoramento contínuo de indicadores obstétricos e da qualificação de fluxos assistenciais e protocolos clínicos. Complementando essas ações, o Comitê Municipal de Mortalidade Materna realiza a investigação, análise e monitoramento dos óbitos maternos, subsidiando a identificação de fatores determinantes e a implementação de medidas voltadas à prevenção de mortes evitáveis e à redução da mortalidade materna no município.

Conceitos Básicos

O Ministério da Saúde define os seguintes conceitos:

Morte Materna – é a morte de uma mulher durante a gestação, parto, ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez. Não é considerada morte materna a que é provocada por causas acidentais ou incidentais.

Morte Materna Obstétrica Direta – é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

Morte Materna Obstétrica Indireta – é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante este período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas por efeitos fisiológicos da gestação.

Mortalidade Materna Não Obstétrica – é a resultante de causas acidentais ou incidentais, não relacionadas à gravidez e seu manejo.

Morte Materna Tardia – é a morte de uma mulher em um período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez devido a causas obstétricas diretas ou indiretas.

Morte Materna Declarada – é quando as informações registradas na Declaração de Óbito (DO) permitem classificar o óbito materno.

Mulher em Idade Fértil – no Brasil considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 e 49 anos.

A base de cálculo para as informações prestadas também pode ser averiguada através das seguintes fórmulas:

Cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM) - Número de óbitos maternos (diretos e indiretos até 42 dias) sobre o número de nascidos vivos x 100.000

As mortes maternas tardias e as externas não são contabilizadas neste cálculo.

Metodologia

Em conformidade com a Portaria nº 1.119/2008, Porto Alegre realiza a vigilância dos óbitos maternos por meio da investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada.

A Vigilância em Saúde analisa as Declarações de Óbito e identifica casos suspeitos mediante informações registradas no documento e o cruzamento com bases de dados como SINASC, SIH, Gerint, SINAN e e-SUS.

Os casos suspeitos ou confirmados são encaminhados ao Comitê de Estudos e Prevenção da Mortalidade Materna, responsável pela investigação junto aos serviços de saúde, discussão dos casos em reuniões mensais, classificação dos óbitos, identificação de falhas assistenciais e proposição de medidas de prevenção.

Os resultados são consolidados em relatório anual, subsidiando a análise epidemiológica e o aprimoramento da atenção à saúde materna no município.

Cálculo para razão de mortalidade materna geral:

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

Cálculo para razão de mortalidade materna específica:

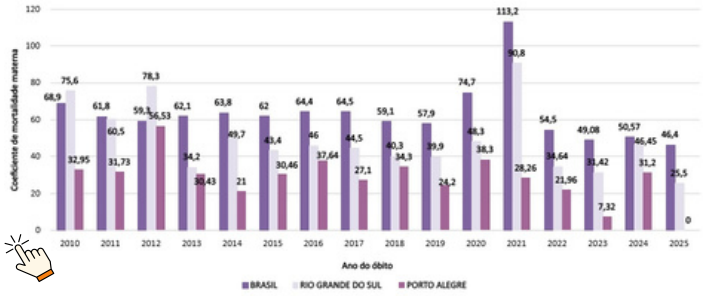
$$\frac{\text{N.º de óbitos maternospor causa específica}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Mortalidade Materna

O coeficiente (ou razão) de mortalidade materna (RMM) é um indicador epidemiológico que expressa o risco de morte materna associado à gestação, parto e puerpério.

Definido pelo número de óbitos maternos ocorridos em determinado período e local, por 100.000 nascidos vivos no mesmo período

Figura 1. Razão de mortalidade materna no Brasil, no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, 2010–2025.



Fonte: Sistema de informação de Mortalidade/UVE/DVS.

A Figura 1 apresenta a série histórica da razão de mortalidade materna no Brasil, no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, no período de 2010 a 2025.

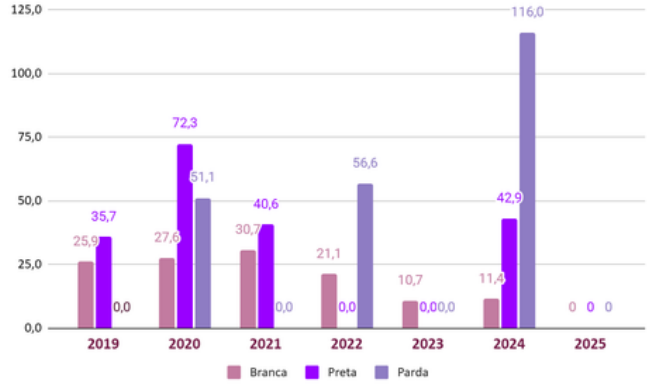
Observa-se que o Brasil apresentou redução gradual do indicador entre 2010 (68,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos) e 2019 (57,9), seguida de expressivo aumento durante a pandemia de COVID-19, atingindo o pico de 113,2 em 2021. A partir de 2022, verifica-se queda consistente, alcançando 46,4 em 2025, o menor valor da série.

No Rio Grande do Sul, o comportamento foi semelhante, com oscilações ao longo do período, aumento importante em 2021 (90,8) e redução progressiva nos anos seguintes, chegando a 25,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2025, o menor coeficiente registrado na série histórica.

Em Porto Alegre, a razão de mortalidade materna mantiveram-se, em geral, inferiores às observadas no Brasil e no Rio Grande do Sul durante todo o período analisado.

Após oscilações entre 2010 e 2022, destaca-se a redução para 7,32 em 2023, seguida de aumento para 31,2 em 2024. Em 2025, não houve registro de óbitos maternos no município, resultando em razão de mortalidade materna igual a zero.

Figura 2. Razão de mortalidade materna, segundo raça/cor, Porto Alegre, 2019 a 2025.



Fonte: Sistema de informação de Mortalidade/UVE/DVS.

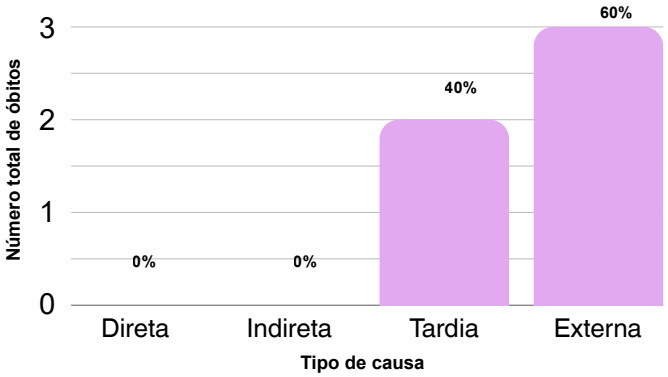
Na figura 2, observa-se que a razão de mortalidade materna apresentou diferenças entre os grupos de raça/cor ao longo do período analisado.

As mulheres brancas registraram coeficientes mais baixos e tendência de redução, passando de 30 casos em 2019–2021 para cerca de 10 em 2023–2024 e sem registro de óbitos em 2025.

Entre as mulheres pretas, verificaram-se oscilações, com maior valor em 2020 (72,3) e novo aumento em 2024 (42,9), enquanto nos demais anos não houve registros. As mulheres pardas apresentaram os maiores coeficientes do período, destacando-se 2024, com razão de 116, além de registros em 2020 e 2022 (mais de 50 casos por 100.000 nascidos vivos.

Em 2025, não foram registrados óbitos maternos em nenhuma das categorias de raça/cor. Ressalta-se que as variações anuais devem ser interpretadas com cautela, devido ao pequeno número de óbitos maternos e de nascidos vivos em alguns estratos, o que pode produzir oscilações importantes nos coeficientes.

Figura 3. Distribuição dos óbitos no período gravídico/puerperal, segundo a classificação do tipo de causa (obstétrica direta, indireta, tardia e causa externa). Porto Alegre, 2025.



Fonte: Sistema de informação de Mortalidade/UVE/DVS.

Na figura 3. em 2025, foram registrados cinco no período gravídico/puerperal em Porto Alegre. Destes, 60,0% foram classificados como causas externas, enquanto 40,0% corresponderam a causas obstétricas tardias. Não foram registrados óbitos por causas obstétricas diretas ou indiretas no período.

Esse perfil difere do padrão habitualmente observado na mortalidade materna, em que predominam as causas obstétricas diretas e indiretas. A predominância de óbitos por causas externas e tardias evidencia a importância da vigilância ampliada da mortalidade materna, contemplando não apenas as complicações obstétricas, mas também fatores relacionados à violência, aos acidentes e às condições de saúde que podem comprometer a vida das mulheres durante a gestação e no período pós-parto.

Entretanto, por se tratar de um número reduzido de casos, os resultados devem ser interpretados com cautela, pois pequenas variações no número de óbitos podem produzir mudanças expressivas nas proporções observadas.

Figura 4. Distribuição dos óbitos no periodo gravidez/puerperial segundo Causa/CID, raça/cor, escolaridade, distrito sanitário e usuária do SUS. Porto Alegre, 2025.

Causa/CID	Idade	Raça-cor	Escolaridade	Distrito Sanitário	SUS/Não SUS
Neoplasia de pâncreas (C259)	35	Branca	Superior Completo	Norte	SUS
Neoplasia de Colon (C189)	33	Branca	Ensino Médio Completo	Partenon	Não SUS
Homicídio por arma de fogo Feminicídio)	19	Branca	Ignorado	Glória	SUS
Auto-intoxicação por exposição a drogas, medicamentos e substâncias não especificadas	32	Preta	Ensino Fundamental Completo	Leste	SUS
Intoxicação por cocaína	31	Parda	Ensino Fundamental Completo	Humaitá/Navegantes	SUS

Fonte: Sistema de informação de Mortalidade/UVE/DVS.

Na figura 4, observa-se predominância de causas externas e doenças crônicas, com dois óbitos decorrentes de neoplasias (pâncreas e cólon) e três relacionados a causas externas, incluindo um feminicídio por arma de fogo e dois casos de intoxicação (auto-intoxicação por drogas/medicamentos e intoxicação por cocaína).

As mulheres tinham entre 19 e 35 anos, evidenciando a ocorrência de óbitos em plena idade reprodutiva. Quanto à raça/cor, três eram brancas, uma preta e uma parda. Em relação à escolaridade, predominou o ensino fundamental completo (2 casos), seguido de ensino médio completo (1), ensino superior completo (1) e um registro com informação ignorada.

Os casos distribuíram-se por diferentes Distritos Sanitários (Norte, Partenon, Glória, Leste e Humaitá/Navegantes), sem concentração em um único território. Quanto ao local de atendimento, quatro óbitos ocorreram em usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e um em serviço não SUS, reforçando a necessidade de integração da vigilância e da assistência em todos os pontos da rede de atenção à saúde.

Conclusão:

A análise da mortalidade materna em Porto Alegre demonstra que, em 2025, não houve registro de óbitos maternos obstétricos diretos ou indiretos, ocorridos durante a gestação, parto ou até 42 dias do término da gestação, resultando em razão de mortalidade materna igual a zero para o indicador tradicional.

Entretanto, a ocorrência de cinco óbitos no periodo gravidez/puerperia classificados como tardios ou decorrentes de causas externas evidencia que a ausência de óbitos obstétricos diretos e indiretos não elimina a necessidade de vigilância contínua da saúde materna.

O perfil observado em 2025, destacaram-se as causas externas, incluindo feminicídio e intoxicações, além de doenças crônicas, representadas por neoplasias.

Esses achados reforçam que a mortalidade de mulheres no ciclo gravídico-puerperal é influenciada por fatores que extrapolam as complicações obstétricas, envolvendo determinantes sociais, violência, saúde mental, uso de substâncias e condições clínicas preexistentes.

Embora não tenham sido registrados óbitos maternos por raça/cor em 2025, a série histórica demonstra desigualdades entre os grupos populacionais, com maiores coeficientes entre mulheres pretas e pardas em alguns anos, indicando a necessidade de manutenção de estratégias voltadas à equidade no acesso e na qualidade da atenção à saúde.

Os resultados reforçam a importância da ampliação da vigilância da mortalidade materna para além dos primeiros 42 dias após o parto, considerando a investigação sistemática dos óbitos tardios e das causas externas, conforme recomendado pelos sistemas de vigilância em saúde.

A análise integrada entre vigilância epidemiológica, atenção primária, atenção especializada, saúde mental e rede de urgência e emergência é essencial para identificar oportunidades de prevenção e qualificar o cuidado.

Recomendações:

- Fortalecer a vigilância dos óbitos maternos tardios e das mortes por causas externas, assegurando investigação oportuna e discussão sistemática nos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna.

- Ampliar o acompanhamento das mulheres no puerpério para além dos 42 dias, com especial atenção às portadoras de doenças crônicas, às condições oncológicas, aos transtornos mentais e ao uso problemático de álcool e outras drogas.

- Intensificar as ações de prevenção e enfrentamento da violência contra a mulher durante a gestação e o puerpério, fortalecendo a articulação entre saúde, assistência social, segurança pública e sistema de justiça.

- Qualificar a estratificação de risco, com quesito raça-cor e a coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde, garantindo o acompanhamento longitudinal das gestantes e puérperas com condições clínicas complexas e com risco acrescindo por vulnerabilidades.

- Fortalecer a integração entre os diferentes níveis de atenção do SUS e os serviços privados, promovendo a continuidade do cuidado e a comunicação entre assistência e vigilância.

- Aperfeiçoar a investigação dos óbitos por meio da utilização integrada dos sistemas de informação em saúde, permitindo reconstruir a trajetória assistencial das mulheres e identificar falhas evitáveis na rede de atenção.

- Manter ações voltadas à redução das desigualdades étnico-raciais, assegurando acesso oportuno, acolhimento qualificado e cuidado integral às mulheres pretas e pardas, considerando as diferenças observadas na série histórica.

- Investir na educação permanente das equipes de saúde sobre vigilância da mortalidade materna, manejo de doenças crônicas na gestação, saúde mental, prevenção da violência e identificação precoce de fatores de risco.

- Fortalecer a atuação intersetorial e a utilização dos dados produzidos pela vigilância epidemiológica para subsidiar o planejamento, a avaliação e a implementação de políticas públicas voltadas à redução da mortalidade materna e à promoção da saúde das mulheres.

Embora os resultados de 2025 sejam favoráveis em relação à ausência de óbitos maternos obstétricos, o pequeno número de casos exige interpretação cautelosa.

Ainda assim, o perfil dos óbitos registrados evidencia que a prevenção da mortalidade materna depende de uma abordagem ampliada, que contemple não apenas a assistência obstétrica, mas também o cuidado integral à mulher, a prevenção das violências, o manejo das doenças crônicas e o acompanhamento qualificado durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Expediente:

- Secretário Municipal de Saúde: Fernando Ritter
- Diretora de Vigilância em Saúde: Aline Vieira Medeiros Diretora-Adjunta: Juliana Dorigatti
- Gerente Unidade de Vigilância Epidemiológica: Patrícia Conzatti Vieira
- Equipe de Vigilância de Eventos Vitais: Ana Carolina Mansur Tlustak Torres, Andrea Nunes Arrojo, Bianca Bauermann Fanaya, Cristina Maria Almeida dos Santos,Daniela Fernandes de Almeida Coelho, Elinéa Barbosa Cracco, Leandra Girardi,Luciana Isabel Faraco Grossini Brum,Rui Flores, Ruy Pezzi de Alencastro.
- Área Técnica de Saúde da Mulher: Marcia Grutcki e Rosa Maria Rimolo Vilarino.
- Elaboração: Cristina Maria Almeida dos Santos, Marcia Grutcki, Maristela Fleck Pacheco, Rosa Maria Rimolo Vilarino e Patrícia Conzatti Vieira.
- Revisão: Cristina Maria Almeida dos Santos, Marcia Grutcki, Rosa Maria Rimolo Vilarino e Patrícia Conzatti Vieira.

- Comitê Municipal de Mortalidade Materna - Secretaria Municipal de Saúde - Setembro 2026.