

Boletim Informativo do Comitê Municipal de Mortalidade Materna 2024

Editorial

Porto Alegre dispõe, desde 1996, do Comitê Municipal Mortalidade Materna, instância responsável pela investigação e análise dos óbitos maternos ocorridos durante a gestação, o parto e o puerpério no município.

O comitê é composto por 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.

O Comitê tem como atribuição analisar todos os óbitos maternos registrados no município, identificar fatores determinantes e propor medidas de prevenção, com foco na redução de mortes maternas evitáveis.

As reuniões são realizadas mensalmente na Secretaria Municipal de Saúde, constituindo um espaço permanente de vigilância, qualificação da assistência e fortalecimento das ações de prevenção.

Mortalidade Materna

A mortalidade materna é reconhecida mundialmente como um relevante problema de saúde pública. Desde a década de 1980, esforços globais vêm sendo realizados para reduzir os óbitos ocorridos durante a gestação, o parto e o puerpério, sendo as principais causas biomédicas a hemorragia pós-parto, as doenças hipertensivas da gestação, a eclâmpsia e as complicações do aborto, em sua maioria evitáveis.

Ao longo desse processo, os determinantes sociais da saúde passaram a ser incorporados à análise da mortalidade materna, evidenciando a influência de fatores como escolaridade, renda, desigualdades de gênero e acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, a mortalidade materna passou a ser compreendida também como um indicador de desenvolvimento social.

Nesse contexto, a redução da mortalidade materna integrou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000–2015).

Embora tenham sido registrados avanços globais, as metas estabelecidas, incluindo a redução de 75% dos óbitos maternos, não foram plenamente alcançadas, reforçando a necessidade de fortalecimento das políticas e ações voltadas à saúde das mulheres.

A Agenda 2030 da ONU estabelece, no ODS 3.1, a redução da mortalidade materna como prioridade, com meta de menos de 30 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

No Brasil, a mortalidade materna permanece como um relevante problema de saúde pública, exigindo atenção prioritária do poder público e o engajamento da sociedade.

Dados preliminares de 2024 indicam uma taxa de 50,57 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, valor ainda superior à meta nacional estabelecida para 2030, de 30 óbitos por 100.000 nascimentos.

Para enfrentar esse cenário, o Ministério da Saúde, em 2024, lançou o Programa Rede Alyne, em substituição ao Rede Cegonha, atualizando as estratégias para a qualificação e humanização da atenção obstétrica e neonatal.

Em Porto Alegre, a política municipal de saúde da mulher organiza o cuidado por meio da regionalização do parto e do nascimento, monitoramento de indicadores obstétricos, de fluxos e condutas, contando com o Comitê de Estudos e Prevenção da Mortalidade Materna, responsável pela investigação e monitoramento dos óbitos, contribuindo para a 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, o município de Porto Alegre realiza a vigilância de óbitos maternos por meio da investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada.

As Declarações de Óbito são analisadas pela Vigilância em Saúde, com identificação de suspeitas a partir de campos específicos e do cruzamento com bases de dados como SINASC, SIH, Gerint, SINAN e e-SUS.

Os casos suspeitos ou confirmados de morte materna são encaminhados ao Comitê de Estudos e Prevenção da Mortalidade Materna, que conduz a investigação junto aos serviços de saúde envolvidos.

As informações coletadas são discutidas em reuniões mensais, permitindo a classificação dos óbitos, a identificação de falhas assistenciais e a proposição de medidas preventivas.

Os resultados são consolidados em relatório anual, com análise epidemiológica e recomendações para 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:

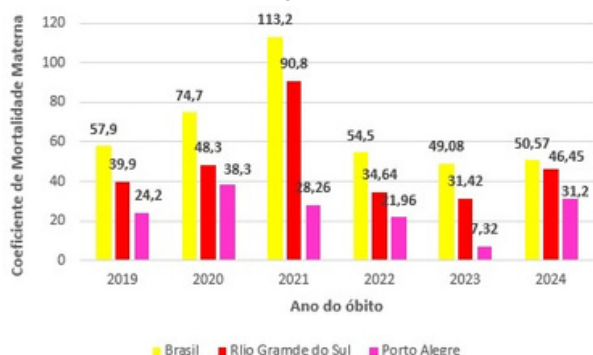
$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos (diretos e indiretos)}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

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. Coeficiente de mortalidade materna, Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, 2014 a 2024.



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

Análise do Coeficiente de Mortalidade Materna (2019–2024):

Observa-se, no período de 2019 a 2024, importante variação do Coeficiente de Mortalidade Materna no Brasil, no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, com destaque para o impacto dos anos pandêmicos.

No Brasil, houve elevação expressiva do coeficiente entre 2019 (57,9) e 2021 (113,2), atingindo o maior valor da série histórica, reflexo direto da pandemia de COVID-19 e de suas repercussões sobre a atenção obstétrica.

A partir de 2022, nota-se redução acentuada do indicador, com estabilização em patamares próximos a 50 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2023 (49,08) e 2024 (50,57), ainda superiores ao período pré-pandêmico.

No Rio Grande do Sul, o comportamento foi semelhante ao observado no país, com aumento significativo entre 2019 (39,9) e 2021 (90,8), seguido de queda importante em 2022 (34,64) e 2023 (31,42).

Em Porto Alegre, os coeficientes mantiveram-se consistentemente inferiores aos observados no estado e no país ao longo de todo o período analisado.

Ainda assim, verificam-se oscilações relevantes, com aumento em 2020 (38,3), redução progressiva até atingir o menor valor da série em 2023 (7,32) e elevação em 2024 (31,2).

A situação de calamidade que atingiu Porto Alegre em 2024 não evidenciou relação direta com a redução do número de nascidos vivos (NV), uma vez que o número de óbitos apresentou queda em proporção semelhante no período.

Embora não tenha sido possível identificar de forma objetiva essa associação, trata-se de um indicador sensível, fortemente influenciado pelos determinantes sociais da saúde e pelas condições de vida da população.

De forma geral, os dados evidenciam o impacto da pandemia sobre a mortalidade materna, seguido por um processo de recuperação dos serviços de saúde.

Apesar dos avanços recentes, os coeficientes ainda se mantêm acima de níveis considerados baixos, reforçando a importância da qualificação contínua da atenção ao pré-natal, parto e puerpério, bem como da vigilância oportuna dos óbitos maternos, especialmente em nível local.

Figura 2. Distribuição de mortalidade materna, Porto Alegre, 2024.



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

Em 2024, a distribuição dos óbitos maternos em Porto Alegre evidencia predominância de eventos não obstétricos, com destaque para as causas externas, que corresponderam a 42,9% do total.

Esse achado aponta para a relevância de fatores sociais, violência, acidentes e outras condições não diretamente relacionadas às complicações obstétricas, mas que afetam de forma significativa mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Os óbitos ocorridos entre 43 dias e 1 ano após o parto ou aborto representaram 28,6%, indicando a importância do acompanhamento ampliado no puerpério tardio, período ainda marcado por vulnerabilidades clínicas e psicossociais frequentemente subestimadas pelos serviços de saúde.

As mortes ocorridas durante a gravidez ou o parto corresponderam a 14,3%, enquanto aquelas até 42 dias após o parto ou aborto também representaram 14,3% dos casos.

Embora em menor proporção, esses eventos refletem a persistência de riscos associados à assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério imediato, reforçando a necessidade de qualificação do cuidado obstétrico e de resposta oportuna às intercorrências.

De forma geral, o perfil observado em 2024 destaca a complexidade da mortalidade materna no município, evidenciando que a redução desse agravo exige não apenas melhorias na atenção obstétrica, mas também ações intersetoriais voltadas à prevenção de causas externas e ao fortalecimento do cuidado longitudinal à saúde da mulher no período pós-gestacional.

Figura 3. Óbitos maternos classificados quanto ao tipo de causa obstétrica, raça-cor, escolaridade, 2024.

Classificação CID-10	Idade	Período	Raça-cor	Escolaridade	Distrito	SUS/Privado	Data do óbito
Neoplasia de mama	31	Gravidez	Preta	12 ou mais	Navegantes	SUS	16/04/2024
Neoplasia de mama	38	Até 42 dias após o parto	Branca	12 ou mais	Partenon	Privado	22/04/2024
Infarto agudo do miocárdio	26	Gravidez	Parda	6 a 11 anos	Nordeste	SUS	11/11/2024
Eclâmpsia	40	Até 42 dias após o parto	Parda	4 a 7 anos	Partenon	SUS	17/11/2024

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

Em 2024, foram registrados quatro óbitos maternos, com distribuição equilibrada entre o período gestacional e o puerpério (até 42 dias após o término da gestação), evidenciando que o risco de

morte materna persiste tanto durante a gravidez quanto no período pós-parto, reforçando a necessidade de vigilância contínua.

Observa-se predomínio de causas obstétricas indiretas (75%), incluindo neoplasia de mama (dois casos) e infarto agudo do miocárdio (um caso). Essas condições não são exclusivas do ciclo gravídico-puerperal, mas podem ser agravadas pelas alterações fisiológicas da gestação.

Esse perfil sugere a importância do fortalecimento da atenção pré-natal com abordagem integral, incluindo rastreamento e manejo adequado de doenças crônicas e condições clínicas pré-existent.

A presença de duas mortes por neoplasia de mama indica possível diagnóstico tardio ou dificuldade de manejo oncológico durante a gestação, o que demanda integração entre atenção obstétrica e especializada.

A única causa obstétrica direta identificada foi eclâmpsia, complicação hipertensiva grave e potencialmente evitável mediante diagnóstico precoce e manejo adequado da hipertensão gestacional.

A ocorrência desse caso no puerpério reforça a necessidade de monitoramento rigoroso da pressão arterial também após o parto, período frequentemente associado à redução do acompanhamento clínico.

Em relação à raça/cor, o coeficiente de mortalidade materna entre mulheres negras (preta e parda) atingiu 74 óbitos por 100 mil nascidos vivos de mães negras no período analisado.

Esse achado pode refletir desigualdades estruturais no acesso, qualidade da assistência, condições socioeconômicas e barreiras institucionais, aspectos amplamente descritos na literatura como determinantes das iniquidades em saúde materna.

Em relação à escolaridade, dois óbitos ocorreram entre mulheres com 12 anos ou mais de estudo, enquanto os demais se distribuíram entre faixas intermediárias e menores de escolaridade.

Embora a baixa escolaridade seja tradicionalmente associada a maior vulnerabilidade, a ocorrência entre mulheres com maior nível educacional indica que o risco materno não se restringe exclusivamente a determinantes individuais, podendo envolver fatores assistenciais, clínicos e organizacionais da rede de atenção.

A análise do local de ocorrência demonstra registros tanto no SUS quanto fora do SUS, sugerindo que o risco de desfecho fatal não está restrito a um único segmento de atendimento, mas demanda qualificação transversal da assistência obstétrica e clínica.

De forma geral, o padrão observado aponta para:

- Predomínio de causas indiretas, associadas a condições clínicas prévias ou concomitantes;
- Persistência de risco no puerpério;
- Indícios de desigualdade racial;
- Necessidade de integração entre atenção primária, especializada e hospitalar;
- Fortalecimento da vigilância do óbito materno com investigação detalhada e identificação de evitabilidade.

Mesmo considerando o número reduzido de casos, os achados reforçam a importância da qualificação do pré-natal, do cuidado às comorbidades, da assistência ao parto e do acompanhamento no puerpério, com abordagem equitativa e centrada na redução das iniquidades em saúde materna.

Figura 4. Óbitos no puerpério tardio (de 43 dias a um ano após o final da gestação) classificados quanto ao tipo de causa, idade, raça/cor, escolaridade e distrito sanitário, 2024.

Causa/CID	Idade	Raça-cor	Escolaridade	Distrito
Linfoma não Hodgkin	31	Preta	8 a 11 anos	Centro
Cardiopatia hipertensiva/ ins. Cardíaca congestiva	25	Preta	IGN	Partenon
Miocardopatia devido ao uso de drogas	41	Preta	4 a 7 anos	Partenon

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

Observa-se predominância de causas clínicas graves não diretamente obstétricas, caracterizando provável predomínio de causas obstétricas indiretas, ou seja, condições pré-existentes ou intercorrentes agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal. Destacam-se três eixos críticos:

1. Doenças Crônicas e Condições Cardiovasculares

A presença de cardiopatia hipertensiva com insuficiência cardíaca congestiva evidencia possível falha no controle da hipertensão arterial e no acompanhamento de alto risco. A gestação impõe sobrecarga hemodinâmica significativa, podendo descompensar cardiopatias prévias.

2. Uso de Substâncias Psicoativas

Um caso relacionado ao uso de drogas evidencia situação de vulnerabilidade social, bem como possíveis fragilidades na articulação entre a atenção pré-natal, os serviços de saúde mental e a Rede de Atenção Psicossocial.

Tal ocorrência demanda investigação mais aprofundada quanto à sua evitabilidade, às condições de acesso ao cuidado e à efetividade de uma abordagem interdisciplinar e integrada..

3. Neoplasia em Gestação

O registro de linfoma não Hodgkin sugere necessidade de integração efetiva entre atenção obstétrica e oncologia, com diagnóstico precoce e manejo oportuno durante a gestação.

A concentração de 100% dos casos em mulheres pretas evidencia importante desigualdade racial. Tal padrão sugere influência de determinantes estruturais, incluindo:

- Acesso tardio ou inadequado ao pré-natal;

- Barreiras institucionais;
- Maior exposição a condições socioeconômicas adversas;
- Possível racismo estrutural e institucional no cuidado em saúde.

A presença de escolaridade ignorada indica fragilidade na qualidade da informação, comprometendo análises mais robustas dos determinantes sociais.

Pontos Críticos Identificados:

- Predomínio de causas indiretas e comorbidades graves;
- Fragilidade no manejo de doenças crônicas;
- Índícios de vulnerabilidade relacionada ao uso de substâncias;
- Concentração territorial (Partenon);
- Forte marcador de iniquidade racial;
- Incompletude de dados (escolaridade).

Recomendações do Comitê:

- 1.Fortalecer o pré-natal de alto risco, com estratificação precoce de risco cardiovascular.
- 2.Qualificar o cuidado às doenças crônicas, especialmente hipertensão e cardiopatias.
- 3.Integrar pré-natal e Rede de Atenção Psicossocial, com rastreamento sistemático de uso de substâncias.
- 4.Implementar estratégias de equidade racial, incluindo formação permanente das equipes sobre racismo institucional.
- 5.Realizar análise territorial no distrito Partenon, avaliando cobertura e acesso aos serviços.
- 6.Qualificar o preenchimento da Declaração de Óbito, visando melhoria da vigilância epidemiológica.
- 7.Investigar evitabilidade caso a caso, com reconstrução da linha do cuidado.

Os óbitos analisados apresentam perfil de elevada vulnerabilidade social e clínica, com predominância de causas indiretas e forte marcador racial.

O conjunto aponta para necessidade de abordagem intersetorial, fortalecimento da linha de cuidado das condições crônicas e ampliação de estratégias de enfrentamento das iniquidades raciais em saúde materna.

Figura 5. Óbitos por causas externas no período gravídico puerperal classificados pelo tipo de causa, idade, raça/cor, escolaridade e distrito sanitário, 2024.

Causa básica do óbito	Idade	Raça/cor	Escolaridade	Distrito Sanitário
Agressão por meio de objeto perfurocortante	43	Branca	8 a 11 anos	Eixo Baltazar
Intervenção legal envolvendo o uso de armas de fogo	27	Branca	8 a 11 anos	Eixo Baltazar
Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação	34	Branca	4 a 7 anos	Eixo Baltazar
Agressão por meio de estrangulamento	20	Branca	4 a 7 anos	Partenon
Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento	19	Branca	8 a 11 anos	Centro Sul
Agressão por meio de objeto perfurocortante	25	Branca	IGN	Nordeste

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

Os óbitos por causas externas representam eventos potencialmente evitáveis e indicam vulnerabilidades sociais, psicológicas e contextuais que extrapolam o cuidado obstétrico tradicional.

1. Violência Interpessoal

A ocorrência de três homicídios, com concentração territorial no Eixo Baltazar, sugere possível contexto de violência comunitária ou doméstica.

A gravidez e o puerpério são períodos reconhecidos como de maior risco para violência por parceiro íntimo, sendo fundamental investigar histórico prévio de violência, acesso a redes de proteção e acompanhamento pela atenção primária.

2. Violência Autoprovocada

Os dois casos de suicídio evidenciam fragilidade na identificação e manejo de sofrimento psíquico no ciclo gravídico-puerperal.

O suicídio é uma das principais causas indiretas de morte materna em diversos contextos, frequentemente associado a:

- Depressão perinatal
- Transtornos mentais prévios
- Uso de substâncias
- Situações de violência
- Vulnerabilidade socioeconômica

O caso ocorrido em ambiente hospitalar (queda de janela) aponta para necessidade de revisão de protocolos de segurança institucional e avaliação de risco iminente.

Determinantes Sociais:

A concentração de casos no território do Eixo Baltazar (50%) indica necessidade de análise territorial detalhada, incluindo:

- Indicadores de violência urbana
- Cobertura e qualidade da Atenção Primária
- Acesso à Rede de Atenção Psicossocial
- Serviços de proteção à mulher

A predominância de escolaridade até 11 anos sugere vulnerabilidade social intermediária, e a presença de dado ignorado reforça necessidade de qualificação da informação.

Pontos Críticos Identificados:

- Elevada proporção de mortes violentas e evitáveis
- Concentração territorial relevante
- Indícios de falhas na detecção precoce de risco psicossocial
- Possível subnotificação de violência por parceiro íntimo
- Necessidade de integração entre saúde, assistência social e segurança pública.

Recomendações do Comitê:

1. Implantar rastreamento sistemático de violência doméstica no pré-natal e puerpério.
2. Fortalecer o rastreio de saúde mental, com aplicação de instrumentos padronizados para depressão perinatal.
3. Integrar pré-natal à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para casos de risco identificado.
4. Estabelecer fluxo de notificação e acompanhamento de mulheres em situação de violência.
5. Realizar análise territorial prioritária no Eixo Baltazar.
6. Revisar protocolos hospitalares de prevenção de suicídio, especialmente em unidades obstétricas.
7. Promover educação permanente das equipes sobre identificação de sinais de risco psicossocial.

Os óbitos analisados apresentam perfil marcadamente relacionado à violência interpessoal e autoprovocada, configurando eventos amplamente evitáveis.

Evidenciam a necessidade de ampliar o escopo da vigilância materna para além das causas clínicas, incorporando abordagem intersetorial e estratégias estruturadas de prevenção da violência e promoção da saúde mental no ciclo gravídico-puerperal.

Figura 6. Coeficiente de mortalidade materna, segundo raça/cor, Porto Alegre, 2019 a 2024.



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

A análise do coeficiente de mortalidade materna segundo raça/cor em Porto Alegre entre 2019 e 2024 evidencia importantes iniquidades raciais.

Embora tenha ocorrido redução geral dos coeficientes entre mulheres brancas, os valores observados entre mulheres pretas e pardas permaneceram mais elevados em diversos anos, especialmente em 2020 e 2024.

Os resultados reforçam a necessidade de fortalecimento das políticas de equidade racial na atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, visando reduzir as desigualdades de acesso e qualidade da assistência materna.

Os resultados demonstram que, apesar da redução do coeficiente de mortalidade materna entre mulheres brancas nos últimos anos, mulheres pretas e pardas continuam apresentando maior risco de morte materna, evidenciando a permanência de iniquidades raciais na saúde materna em Porto Alegre

Esse padrão reforça achados de estudos epidemiológicos que apontam maior vulnerabilidade de mulheres negras, frequentemente associada a desigualdades no acesso e na qualidade da atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, além de determinantes sociais mais amplos.

Conclusão e Recomendação

A análise da mortalidade materna em Porto Alegre evidencia a persistência de importantes desigualdades sociais e raciais, com maior risco de óbito entre mulheres negras em diferentes momentos da série histórica.

Os resultados sugerem que fatores estruturais relacionados às condições de vida, ao acesso oportuno aos serviços de saúde e à qualidade da assistência prestada durante o pré-natal, parto e puerpério continuam influenciando os desfechos maternos no município.

Observa-se, ainda, que o cenário recente, marcado pelos impactos sociais e sanitários decorrentes das enchentes, pode ter contribuído para o agravamento de vulnerabilidades preexistentes, reforçando a necessidade de estratégias específicas para proteção da saúde materna em contextos de emergência e desastres climáticos.

Além disso, a ocorrência de óbitos por causas externas aponta para a importância de considerar fatores sociais e comportamentais associados à mortalidade materna, demandando investigações qualificadas e abordagens intersetoriais para sua prevenção.

Diante desse contexto, torna-se fundamental fortalecer a vigilância dos óbitos maternos, assegurando a investigação oportuna e abrangente de todos os casos, bem como qualificar a rede de atenção à saúde da mulher, com foco na identificação precoce de riscos, na ampliação do acesso e na continuidade do cuidado.

Destaca-se também a necessidade de implementar ações voltadas à promoção da equidade racial, ao enfrentamento do racismo estrutural nos serviços de saúde, à atenção à saúde mental e à redução de vulnerabilidades sociais.

Por fim, a redução da mortalidade materna no município requer uma atuação integrada entre os setores da saúde, assistência social e demais políticas públicas, orientada pelos princípios da equidade, da integralidade do cuidado e da proteção das mulheres em situação de maior vulnerabilidade, contribuindo para a prevenção de óbitos evitáveis e para a melhoria dos indicadores de saúde materna.

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 - Março 2026.



**prefeitura de
PORTO ALEGRE**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE