



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 843/2025/ASPAR/MS

Brasília, 02 de julho de 2025.

A Sua Excelência o Senhor
Deputado Federal Carlos Veras
Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados

Referência: Requerimento de Informação nº 1129/2025

Assunto: Informações sobre a mortalidade materna global.

Senhor Primeiro-Secretário,

1. Cumprimentando-o cordialmente, em atenção ao Ofício nº 145/2025, proveniente da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados, referente ao **Requerimento de Informação nº 1129/2025**, de autoria do(a) **Deputado(a) Federal Capitão Alberto Neto - PL/AM**, por meio do qual são requisitadas informações sobre a mortalidade materna global, sirvo-me do presente para encaminhar as informações prestadas pelas áreas técnicas da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, por meio do Despacho SVSA/COEX/SVSA/MS (0048782254) e da Nota Técnica Conjunta 227/2025-SVSA/SAPS/SAES/SESAI/MS (0048463088), da Secretaria de Saúde Indígena, por meio do Despacho SESAI/CGOEX/SESAI/GAB/SESAI/MS (0048331688).

2. Desse modo, no âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.

3. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Rocha Santos Padilha, Ministro de Estado da Saúde**, em 02/07/2025, às 21:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0048823053** e o código CRC **93FD7053**.

Referência: Processo nº 25000.051971/2025-13

SEI nº 0048823053

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Coordenação de Demandas de Órgãos Externos de Vigilância em Saúde e Ambiente

DESPACHO

SVSA/COEX/SVSA/MS

Brasília, 01 de julho de 2025.

À
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos (ASPAR/MS),

Assunto: **Requerimento de Informação nº 1129/2025.**

NUP/SEI Nº 25000.051971/2025-13

1. Trata-se do Despacho ASPAR/MS (0048213487), que remete ao **Requerimento de Informação nº 1129/2025** (0047118061), de autoria do Deputado Federal Capitão Alberto Neto (PL/AM), por meio do qual requisita “**informações sobre a mortalidade materna global.**”

2. Em atenção, esta Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA/MS), no âmbito de suas competências, encaminha os esclarecimentos em relação aos **quesitos de nº 3, 4 e 7**, a saber:

3) Dados recentes apontam que o Brasil ainda está distante de alcançar a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionada à redução da mortalidade materna. Quais são as principais barreiras identificadas pelo ministério para o cumprimento desta meta e como o governo federal pretende superá-las até 2030?

No Brasil, a vigilância do óbito materno e vigilância de óbito de mulheres em idade fértil vem avançando em todas as regiões do País. Para atingir a meta de redução da mortalidade materna, a vigilância vem trabalhando de forma integrada com outras áreas da saúde envolvidas na pauta, na elaboração de estratégias de identificação e intervenção nos casos de morbidade materna grave. Esse esforço conjunto visa, para além do monitoramento da ocorrência de óbitos, nortear a atuação precoce para evitar desfechos fatais, garantindo o acesso oportuno a cuidados especializados e reforçando a importância da assistência de qualidade.

Foi publicada uma Nota Técnica Conjunta 227/2025-SVSA/SAPS/SAES/SESAI/MS (0048463088) que trata sobre apresentação da situação da mortalidade materna no Brasil e das ações que vêm sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. O aprimoramento dessa articulação intersetorial contribui diretamente para a preservação da vida das mulheres, promovendo um impacto positivo na saúde pública e na equidade do atendimento materno no País.

Dados brutos preliminares mostram que em 2024 houve uma redução de

mortalidade materna no estado do Amazonas. O papel estratégico do Amazonas com sua vasta dimensão territorial e capacidade de superar desafios logísticos é fundamental para o êxito nacional no cumprimento das metas até 2030. Seus resultados não apenas impactam indicadores locais, mas demonstram ao país que a redução sustentável é possível mesmo em regiões complexas, fortalecendo o pacto pela vida das mulheres brasileiras.

4) O Amazonas tem enfrentado dificuldades na implementação de comitês de investigação de óbitos maternos em todos os seus municípios. Como o Ministério da Saúde planeja apoiar tecnicamente e financeiramente o estado para fortalecer este importante mecanismo de vigilância epidemiológica?

No que se refere à vigilância do óbito no âmbito nacional, a Coordenação de Vigilância e Verificação do Óbito, do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, desta Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde, orienta que as equipes técnicas de vigilância do óbito materno dos estados e municípios, responsáveis pela investigação desses óbitos, participem ativamente dos comitês de enfrentamento da mortalidade materna, infantil e fetal, uma vez que através da vigilância o comitê tem acesso a informações detalhadas sobre os óbitos, incluindo dados clínicos, epidemiológicos e sociais.

Essas informações são fundamentais para uma análise criteriosa e uma discussão embasada, visando a identificação de problemas e a proposição de ações que possam evitar óbitos semelhantes no futuro, além de possibilitar a identificação de padrões, tendências e fatores de risco associados a ocorrência desses óbitos.

A vigilância permite o acompanhamento contínuo da ocorrência de óbitos maternos, fornecendo informações essenciais para o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas nas diferentes linhas de cuidado. Com base nos dados coletados, é possível identificar lacunas e fragilidades na assistência à saúde, bem como potenciais oportunidades de melhoria.

Além disso, Covivo/CGIAE/Daent/SVSA em parceria com outras secretarias do Ministério da Saúde, tem trabalhado na construção de estratégias de fortalecimento dos comitês de enfrentamento à mortalidade materna estaduais e municipais.

7) Durante a pandemia de COVID-19, observou-se um retrocesso nos indicadores de mortalidade materna no Brasil, com impactos particularmente severos na região amazônica. Quais lições foram aprendidas com esta crise e como o ministério está se preparando para garantir a continuidade dos serviços essenciais de saúde materna em eventuais futuras emergências sanitárias?

A pandemia de Covid-19 trouxe desafios significativos para a vigilância do óbito materno, mas também gerou aprendizados importantes. No Brasil, a crise sanitária impactou negativamente a razão de mortalidade materna, retrocedendo a níveis de duas décadas atrás. Os dados indicam que os óbitos afetaram desproporcionalmente mulheres negras, indígenas e aquelas que vivem em zonas rurais e nas regiões Norte e Nordeste do país. A necessidade de canalizar esforços para conter a propagação do vírus e atender aos casos relacionados a covid-19 trouxe desafios adicionais para a vigilância da mortalidade.

A pandemia impôs desafios para notificação e investigação de óbitos maternos, visto que foi um período em que a atuação das equipes de vigilância do óbito e dos comitês de morte materna na busca ativa de casos e informações foi limitada pelas medidas sanitárias necessárias adotadas.

Dante desse cenário, com a atualização dos instrumentos de vigilância, tem-se buscado adaptar as estratégias de vigilância para contemplar as particularidades e os desafios enfrentados durante a pandemia, uma vez que é necessário considerar os efeitos indiretos da pandemia na saúde materno-infantil, como interrupções nos serviços de saúde, impacto socioeconômico e acesso limitado a cuidados pré-natais e neonatais.

Reforçamos o compromisso desta Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, no fortalecimento das estratégias de vigilância da mortalidade materna, buscando a melhoria contínua dos indicadores nacionais.

3. Oportunamente, informamos que as respostas aos demais quesitos podem ser encontradas na Nota Técnica Conjunta 227/2025-SVSA/SAPS/SAES/SESAI/MS (0048463088).

4. Nesse sentido, restituímos os autos à ASPAR/MS, para conhecimento e providências.

Atenciosamente,

MARIÂNGELA BATISTA GALVÃO SIMÃO
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente



Documento assinado eletronicamente por **Mariângela Batista Galvão Simão, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 01/07/2025, às 16:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0048782254** e o código CRC **FE23658D**.



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

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

1. ASSUNTO

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

2. ANÁLISE

2.1 Definição de óbito materno

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

2.2 Critérios para notificação

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

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

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

2.3 Histórico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. MAGNITUDE DO PROBLEMA

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

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

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

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

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

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

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

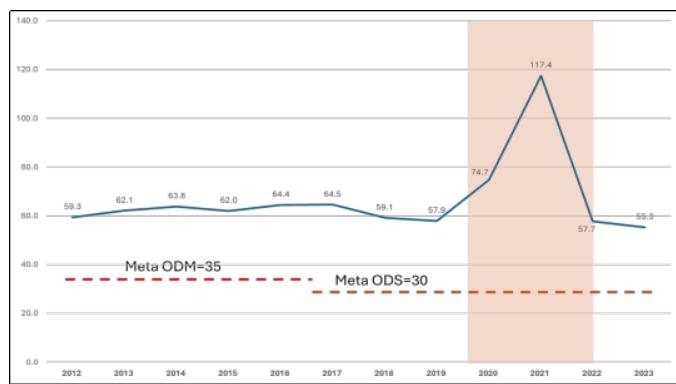
3.4.2 Nos casos em que a variação foi maior ou igual ao padrão ouro, a RMM Vigilância foi definida como sendo igual à RMM Direta, ou seja, sem correção. Nos demais casos, a RMM Vigilância foi calculada com óbitos iguais à quantidade declarada antes da investigação, acrescida do percentual do padrão ouro.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

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

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

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

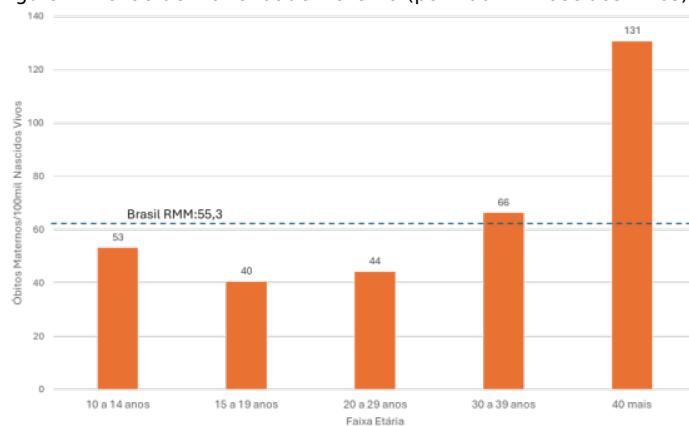
Figura 1 - Razão de Mortalidade Materna. Brasil, 2012 a 2023. Meta dos ODM (até 2015) e Meta dos ODS (a partir de 2015)



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

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

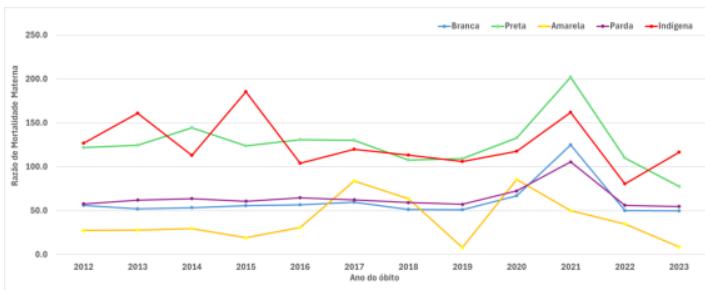
Figura 2- Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) por faixa etária da mãe. Brasil, 2023.



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

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

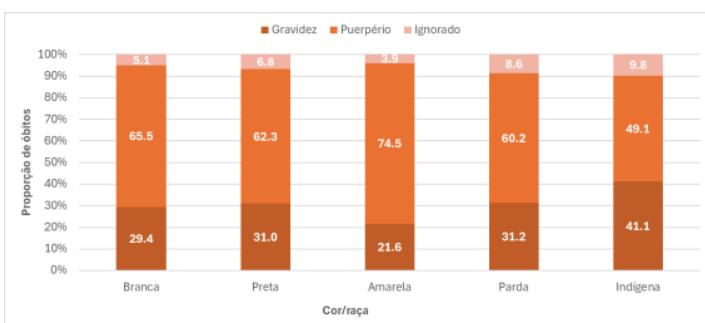
Figura 3 - Razão de Mortalidade Materna por raça/cor da mãe. Brasil, 2012 a 2023.



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

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

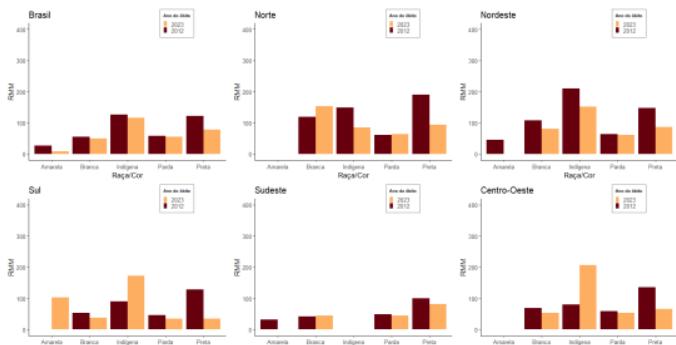
Figura 4 - Distribuição Proporcional dos óbitos maternos por raça/cor, segundo momento da ocorrência em relação à gestação. Brasil, 2012 e 2023.



Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

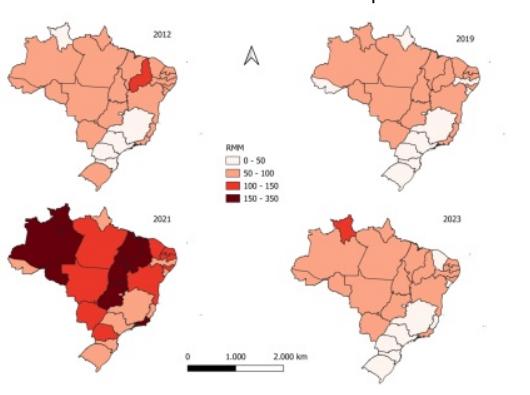
3.11 Quando analisados os anos extremos da série, estratificados por macrorregião e raça/cor da pele, observa-se que a RMM de mulheres pretas reduziu em todas as regiões. Já a RMM em indígenas aumentou nas regiões Sul e Centro-Oeste. Na região Sudeste, a maior RMM em ambos os anos foi nas mulheres pretas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

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



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

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



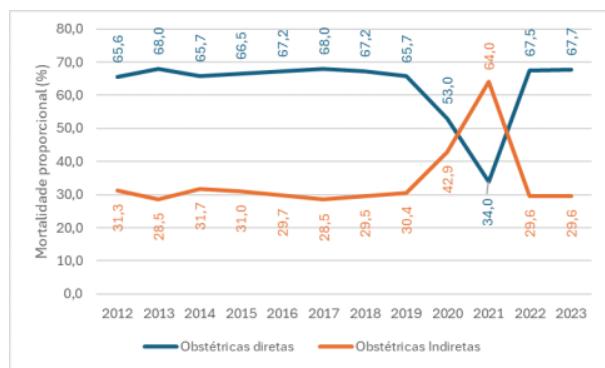
Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (CGIAE/Daent/ SVSA/MS).

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

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

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

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

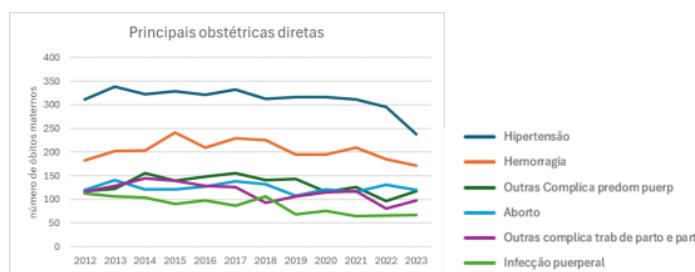


Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGIAE/Daent/SVSA/MS).

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

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

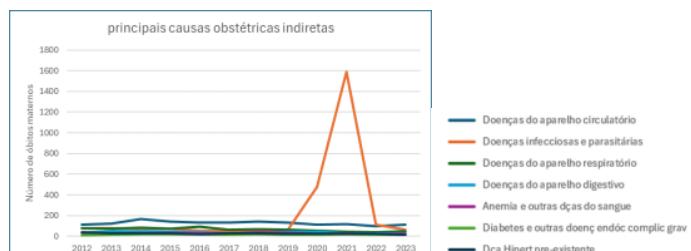
Figura 8 – Número de óbitos maternos declarados por causas obstétricas diretas, estratificados segundo as principais causas de morte deste grupo. Brasil, 2012 a 2023



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

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

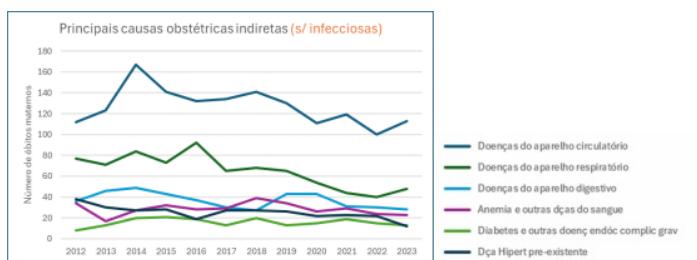
Figura 9 – Número de óbitos maternos declarados por causas obstétricas indiretas, estratificados segundo as principais causas de morte deste grupo. Brasil, 2012 a 2023



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

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

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



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

4. AÇÕES EM DESENVOLVIMENTO

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

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

4.1.1 Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA

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

- previstas as seguintes ações de fortalecimento:

 - a) Atualização do Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, bem como dar suporte aos estados para sua implementação;
 - b) Atualização do Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal;
 - c) Atualização das fichas de investigação dos óbitos materno, infantil e fetal para seguir para produção no módulo de investigação no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM);
 - d) Monitoramento de cinco indicadores dos ODS 3:

Razão de Mortalidade Materna;

Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado;

Taxa de mortalidade em menores de cinco anos;

Taxa de mortalidade neonatal;

Taxa de nascidos vivos de mães adolescentes.

e) Publicação de Boletins Epidemiológicos sobre mortalidade materna, infantil e fetal;

f) Fortalecimento da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito (RNSVO), objetivando qualificar as informações sobre os óbitos de causa natural, permitindo intervenções direcionadas à redução da mortalidade materna, fetal e infantil evitáveis e, com isso, contribuir para análise da situação da rede de atenção à saúde;

g) Parceria com as Secretarias de Atenção Primária (SAPS) e Especializada (SAES), Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES) para fortalecer a vigilância e reduzir a mortalidade materna, fetal e

trabalho da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SES) para a infância por causas evitáveis;

11. Desenvolvação dos processos e resultados produtivos da TI

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

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

4.1.2.2 Algumas das ações em realização por esta secretaria para o enfrentamento e redução da mortalidade materna, cita-se:

- 4.1.2.2 Algumas das ações em realização por esta secretaria para o enfrentamento e redução da mortalidade materna, cita-se:

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

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

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

4.1.3 Secretaria de Saúde Indígena - Sesai

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

4.1.3.2 Dentre as ações desenvolvidas para o enfrentamento e redução dos óbitos maternos, destacam-se:

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

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

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

4.1.4 Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES

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

5. CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

6. REFERÊNCIAS

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

7. ANEXOS

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

| UF/Região | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|
| Norte | 73,2 | 83,8 | 93,6 | 76,0 | 84,5 | 88,9 | 80,8 | 82,5 | 98,9 | 153,9 | 82,0 | 80,2 |
| Rondônia | 64,1 | 94,2 | 87,7 | 57,7 | 56,4 | 87,3 | 47,8 | 59,6 | 78,1 | 188,7 | 52,2 | 50,2 |
| Acre | 53,9 | 58,6 | 46,7 | 58,9 | 69,7 | 48,9 | 54,4 | 49,1 | 33,0 | 95,5 | 48,3 | 55,3 |
| Amazonas | 85,0 | 81,6 | 120,8 | 78,8 | 84,7 | 75,6 | 108,4 | 84,8 | 101,8 | 155,5 | 82,7 | 88,0 |
| Roraima | 38,0 | 74,5 | 60,4 | 96,4 | 52,7 | 59,6 | 100,6 | 91,9 | 146,4 | 309,3 | 160,4 | 129,7 |
| Pará | 78,9 | 86,7 | 96,4 | 72,9 | 86,4 | 107,4 | 81,4 | 96,1 | 107,1 | 131,3 | 79,7 | 77,7 |
| Amapá | 54,1 | 119,7 | 66,0 | 110,8 | 141,7 | 45,5 | 88,3 | 32,6 | 102,5 | 593,4 | 80,8 | 92,7 |
| Tocantins | 53,3 | 61,2 | 60,1 | 85,6 | 92,2 | 96,3 | 31,6 | 71,4 | 79,2 | 227,4 | 102,0 | 82,1 |
| Nordeste | 72,7 | 82,4 | 77,9 | 75,3 | 78,0 | 73,2 | 67,1 | 63,6 | 91,8 | 115,0 | 67,3 | 6 |
| Maranhão | 96,1 | 123,8 | 100,9 | 116,5 | 122,2 | 101,8 | 90,6 | 80,6 | 108,9 | 158,3 | 91,9 | 97,7 |
| Piauí | 126,0 | 130,2 | 86,8 | 103,6 | 108,5 | 88,6 | 105,8 | 98,1 | 101,0 | 160,9 | 108,9 | 59,3 |
| Ceará | 69,4 | 74,5 | 65,3 | 49,1 | 63,4 | 65,7 | 68,4 | 58,1 | 97,6 | 107,3 | 56,1 | 45,9 |
| Rio Grande do Norte | 66,0 | 54,5 | 74,8 | 68,4 | 77,2 | 77,9 | 58,6 | 70,4 | 78,1 | 149,7 | 79,9 | 55,8 |
| Paraíba | 61,5 | 70,9 | 63,0 | 81,8 | 99,9 | 67,8 | 53,2 | 62,8 | 97,7 | 126,7 | 47,2 | 56,3 |
| Pernambuco | 56,0 | 64,3 | 63,4 | 67,6 | 58,1 | 63,3 | 59,2 | 48,0 | 70,8 | 73,7 | 46,0 | 61,1 |
| Alagoas | 56,3 | 71,6 | 104,1 | 159,1 | 51,9 | 37,7 | 49,5 | 58,2 | 82,7 | 110,6 | 65,6 | 68,8 |
| Sergipe | 70,4 | 67,2 | 66,9 | 51,6 | 55,9 | 56,1 | 58,8 | 36,7 | 97,5 | 83,3 | 98,2 | 41,4 |
| Bahia | 70,0 | 80,6 | 81,0 | 75,4 | 72,6 | 76,9 | 60,8 | 64,0 | 93,1 | 106,2 | 63,3 | 65,2 |
| Sudeste | 46,5 | 50,1 | 53,9 | 54,3 | 55,8 | 62,3 | 53,2 | 53,5 | 65,1 | 104,8 | 50,3 | 48,0 |
| Minas Gerais | 36,6 | 47,6 | 49,0 | 47,0 | 46,9 | 45,2 | 51,2 | 44,4 | 51,0 | 94,6 | 46,8 | 41,9 |
| Espírito Santo | 64,4 | 59,6 | 109,2 | 73,1 | 48,7 | 71,6 | 63,9 | 56,2 | 68,8 | 99,1 | 54,1 | 40,2 |
| Rio de Janeiro | 80,8 | 80,3 | 71,9 | 67,1 | 71,6 | 84,7 | 61,7 | 74,5 | 95,4 | 168,5 | 69,3 | 73,2 |
| São Paulo | 36,8 | 39,3 | 44,2 | 50,8 | 54,4 | 60,6 | 50,0 | 49,7 | 60,1 | 87,0 | 44,9 | 42,9 |
| Sul | 54,5 | 36,6 | 41,7 | 43,7 | 44,2 | 38,5 | 38,2 | 38,3 | 45,6 | 111,9 | 40,0 | 38, |
| Paraná | 38,4 | 41,7 | 41,3 | 51,7 | 50,3 | 31,7 | 38,4 | 45,5 | 52,6 | 131,7 | 46,9 | 45,1 |
| Santa Catarina | 45,4 | 31,4 | 30,2 | 30,9 | 31,5 | 40,7 | 35,1 | 30,6 | 31,7 | 98,4 | 31,6 | 33,1 |

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

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

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

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

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), (CGIAE/Daent/ SVSA/MS)
 *Extraído do Painel de Monitoramento de Mortalidade Materna (<http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/materna/>)

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

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

MARIÂNGELA BATISTA GALVÃO SIMÃO
Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente

ANA LUIZA FERREIRA RODRIGUES CALDAS
Secretária de Atenção Primária à Saúde

MOZART JULIO TABOSA SALES
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

RICARDO WEIBE NASCIMENTO COSTA
Secretário Especial de Saúde Indígena



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



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



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



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



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

Referência: Processo nº 25000.083486/2025-09

SEI nº 0048068191

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



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete

Coordenação-Geral de Demandas de Órgãos Externos da Saúde Indígena

DESPACHO

SESAI/CGOEX/SESAI/GAB/SESAI/MS

Brasília, 09 de junho de 2025.

À Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos (ASPAR/MS),

Assunto: Requerimento de Informação nº 1129/2025, de autoria do Deputado Federal Capitão Alberto Neto - PL/AM .

Reporto-me ao Despacho 0048213487, oriundo da Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos, que encaminha o Requerimento de Informação nº 1129/2025, de autoria do Deputado Federal Capitão Alberto Neto - PL/AM, por meio do qual requisita ao Senhor Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Rocha Santos Padilha, informações sobre a mortalidade materna global, nos termos a seguir transcrição:

Senhor Presidente,

Com fundamento no art. 50, § 2º, da Constituição Federal, combinado com os arts. 115 e 116 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados requeiro seja encaminhado ao Exmo. Ministro da Saúde, Senhor Alexandre Padilha, solicitação de informações sobre a mortalidade materna global. Diante do exposto solicito resposta para os seguintes questionamentos:

- 1)Senhor Ministro, considerando que a taxa de mortalidade materna em Manaus tem apresentado indicadores preocupantes nos últimos anos, quais medidas específicas o Ministério da Saúde planeja implementar para fortalecer a rede de assistência obstétrica na capital amazonense, especialmente nas áreas periféricas onde o acesso aos serviços de saúde é mais precário?
- 2)O estado do Amazonas enfrenta desafios únicos relacionados à logística e ao acesso à saúde em comunidades ribeirinhas e indígenas. Como o ministério pretende adaptar as políticas nacionais de redução da mortalidade materna para atender às especificidades geográficas e culturais da região amazônica?
- 3)Dados recentes apontam que o Brasil ainda está distante de alcançar a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionada à redução da mortalidade materna. Quais são as principais barreiras identificadas pelo ministério para o cumprimento desta meta e como o governo federal pretende superá-las até 2030?
- 4)O Amazonas tem enfrentado dificuldades na implementação de comitês de investigação de óbitos maternos em todos os seus municípios. Como o Ministério da Saúde planeja apoiar tecnicamente e financeiramente o estado para fortalecer este importante mecanismo de vigilância epidemiológica?
- 5)Considerando que a assistência pré-natal de qualidade é fundamental para prevenir mortes maternas, como o ministério avalia a cobertura e a qualidade

deste serviço em Manaus e qual o plano de ação para melhorar os indicadores de pré-natal no município?

6)O Brasil tem apresentado uma crescente taxa de cesarianas, muitas delas sem indicação clínica precisa, o que pode elevar os riscos de complicações maternas. Quais estratégias o Ministério da Saúde está desenvolvendo para estimular o parto normal seguro e humanizado, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde o acesso à informação sobre os riscos de procedimentos desnecessários é mais limitado?

7)Durante a pandemia de COVID-19, observou-se um retrocesso nos indicadores de mortalidade materna no Brasil, com impactos particularmente severos na região amazônica. Quais lições foram aprendidas com esta crise e como o ministério está se preparando para garantir a continuidade dos serviços essenciais de saúde materna em eventuais futuras emergências sanitárias?

Os autos foram encaminhados ao Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena DAPSI/SESAI para análise e manifestação, que em devolutiva informa o que segue:

1) Senhor Ministro, considerando que a taxa de mortalidade materna em Manaus tem apresentado indicadores preocupantes nos últimos anos, quais medidas específicas o Ministério da Saúde planeja implementar para fortalecer a rede de assistência obstétrica na capital amazonense, especialmente nas áreas periféricas onde o acesso aos serviços de saúde é mais precário?

Sem contribuições desta Secretaria de Saúde Indígena - SESA/MS.

2) O estado do Amazonas enfrenta desafios únicos relacionados à logística e ao acesso à saúde em comunidades ribeirinhas e indígenas. Como o ministério pretende adaptar as políticas nacionais de redução da mortalidade materna para atender às especificidades geográficas e culturais da região amazônica?

Preliminarmente é imperioso esclarecer que a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI/MS), é responsável pela execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Seu objetivo é implementar um modelo de atenção à saúde que seja complementar, diferenciado e adaptado às especificidades socioculturais dos povos indígenas. Esse modelo específico de atenção é operacionalizado por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), e pressupõe uma organização dos serviços que vá além das ações convencionais de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Ele busca também garantir a equidade, o respeito às diversidades culturais e o pleno exercício da cidadania indígena.

A partir da PNASPI, a SESA/MS reconhece e considera as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais no atendimento à saúde indígena, inclusive em áreas de difícil acesso, marcadas por isolamento geográfico e vulnerabilidade social nos 07 Dsei da Região Amazônica, quais sejam, (Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões, Manaus, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões e Afluentes, Parintins e Vale do Javari).

Nesse contexto, a Secretaria tem promovido ações voltadas ao reconhecimento, valorização e fortalecimento das tecnologias tradicionais de cuidado e das práticas protetivas dos povos indígenas com a participação dos especialistas indígenas. Informa-se que a saúde da mulher indígena tem tido especial atenção, com ênfase na intermedicalidade a articulação entre o modelo biomédico e as medicinas indígenas como estratégia para qualificar e ampliar a atenção à saúde dos povos indígenas, especialmente às mulheres em idade fértil, gestantes, puérperas e crianças.

A atenção à saúde da mulher é uma prioridade no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), desempenhando um papel fundamental na prevenção e na detecção precoce de doenças ao longo de todos os ciclos de vida. Essa atuação contribui diretamente para a redução da mortalidade entre

mulheres indígenas. Nesse contexto, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) têm a responsabilidade de oferecer cuidados às mulheres indígenas, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo a integração entre o modelo biomédico e as medicinas indígenas.

Cumpre ressaltar o avanço verificado na série histórica de gestantes indígenas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal nos anos de 2023, 2024 e 2025. Essas consultas foram acompanhadas por médicos e enfermeiros das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e monitoradas, em nível central, pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

Esse desempenho está alinhado às metas pactuadas para o indicador de pré-natal nos instrumentos de planejamento do Plano Plurianual (PPA) e do Plano Nacional de Saúde (PNS) referentes aos respectivos anos. Observa-se, assim, uma melhora significativa no acesso ao pré-natal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) da Região Amazônica.

Outra frente de atuação da SESAI/MS é a capacitação contínua dos profissionais de saúde visando um atendimento humanizado e respeitoso fortalecendo o cuidado compartilhado entre o modelo biomédico e medicinas indígenas.

No campo da saúde especializada, destaca-se a parceria entre a SESAI/MS e o Hospital Sírio-Libanês por meio do PROADI-SUS (Triênio 2024-2026), com o projeto "Cuidado Especializado Digital". O projeto visa implementar tecnologias de saúde remota para ampliar o acesso à atenção especializada, com foco na linha de cuidado do câncer do colo do útero, materna e infantil e atenção psicossocial nos DSEI Alto Rio Solimões (Tabatinga-AM) e Vale do Javari (Atalaia do Norte-AM).

O projeto PROADI busca enfrentar os desafios significativos, como o acesso a cuidados de saúde especializada na média e alta complexidade, além das dificuldades logísticas que muitas vezes impedem as equipes de saúde chegarem até as aldeias, comprometendo o acesso a serviços essenciais e colocando em risco a saúde e o bem-estar das populações indígenas. Nesse contexto, as tecnologias digitais e a telessaúde despontam como estratégicas eficazes para organizar, qualificar e implementar cuidados adequados, promovendo maior equidade no acesso à saúde para populações em situações de vulnerabilidade.

O sistema possibilita o agendamento médico, informando a data e o horário da consulta, após encaminhamento da equipe de saúde, o que também flexibiliza os retornos médicos.

Dessa forma o projeto fortalece as ações das equipes de saúde indígena ao evitar os deslocamentos desnecessários dos pacientes para fora de seus territórios, ampliando a resolutividade, promovendo o diagnóstico precoce e assegurando a continuidade do cuidado.

Além disso, o projeto se alinha diretamente aos esforços da SESAI/MS para a qualificação da atenção à saúde materna e infantil nos territórios indígenas, contribuindo de forma significativa para a melhoria de indicadores estratégicos e fortalecimento da atenção primária. Entre eles, destacam-se: acesso à coleta do exame citopatológico, o acompanhamento das gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal, e a redução das gestações finalizadas entre 22 e 36 semanas.

As equipes multidisciplinares de saúde indígena terão disponibilidade de apoio a teleconsultores especialistas focais do projeto para teleinterconsultas e teleconsultorias na atenção ao rastreamento e tratamento do câncer do colo do útero prevendo maior resolutividade da APS no SasiSUS.

O projeto está em consonância com os objetivos estratégicos alinhados pela SESAI, uma vez que compreende a valorização dos cuidados com os especialistas indígenas (pajés, parteiras, rezadeiras, raizeiros).

Outro destaque é o projeto TELEPNAR, desenvolvido em parceria com a UFAM e a SAPS, que realiza o telemonitoramento de intercorrências obstétricas,

além da qualificação dos profissionais do SasiSus e orientações quanto a estratificação de risco em sete DSEI do Amazonas.

A SESAI/MS também elaborou o Plano de Parto para os DSEI, que atua como instrumento de diálogo intercultural e de garantia dos direitos à atenção diferenciada e que será divulgado aos Dsei no mês de junho de 2025. Este plano contribui para a comunicação entre gestante, acompanhantes, profissionais de saúde institucionalizados e os detentores dos saberes tradicionais (parteiras, pajés, benzedores, raizeiras, entre outros). Além de ser uma carta de intenções para o momento do parto, o plano assegura respeito à autonomia da gestante e à segurança do parto, podendo ser ajustado conforme as condições clínicas e intercorrências.

Por fim, a SESAI/MS atua ativamente para fortalecer as ações das equipes de saúde da mulher indígena, promovendo diagnóstico precoce, continuidade do cuidado e qualificação profissional, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade das mulheres indígenas. Também participa de grupos de trabalho interinstitucionais voltados à redução da mortalidade materna, infantil e fetal, além de discutir o papel das parteiras indígenas.

3) Dados recentes apontam que o Brasil ainda está distante de alcançar a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionada à redução da mortalidade materna. Quais são as principais barreiras identificadas pelo ministério para o cumprimento desta meta e como o governo federal pretende superá-las até 2030?

Sem contribuições desta Secretaria de Saúde Indígena - SESAI/MS.

4) O Amazonas tem enfrentado dificuldades na implementação de comitês de investigação de óbitos maternos em todos os seus municípios. Como o Ministério da Saúde planeja apoiar tecnicamente e financeiramente o estado para fortalecer este importante mecanismo de vigilância epidemiológica?

Sem contribuições desta Secretaria de Saúde Indígena - SESAI/MS.

5) Considerando que a assistência pré-natal de qualidade é fundamental para prevenir mortes maternas, como o ministério avalia a cobertura e a qualidade deste serviço em Manaus e qual o plano de ação para melhorar os indicadores de pré-natal no município?

Sem contribuições desta Secretaria de Saúde Indígena - SESAI/MS.

6) O Brasil tem apresentado uma crescente taxa de cesarianas, muitas delas sem indicação clínica precisa, o que pode elevar os riscos de complicações maternas. Quais estratégias o Ministério da Saúde está desenvolvendo para estimular o parto normal seguro e humanizado, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde o acesso à informação sobre os riscos de procedimentos desnecessários é mais limitado?

Sem contribuições desta Secretaria de Saúde Indígena - SESAI/MS.

7) Durante a pandemia de COVID-19, observou-se um retrocesso nos indicadores de mortalidade materna no Brasil, com impactos particularmente severos na região amazônica. Quais lições foram aprendidas com esta crise e como o ministério está se preparando para garantir a continuidade dos serviços essenciais de saúde materna em eventuais futuras emergências sanitárias?

Sem contribuições desta Secretaria de Saúde Indígena - SESAI/MS.

Por fim, a atual gestão reitera o compromisso de implementar e fortalecer as ações voltadas para a saúde das populações indígenas, de modo a garantir o acesso ao serviço de saúde de qualidade, respeitando a diversidade cultural e as especificidades de cada povo.

Sendo o que havia a considerar, retornem-se os autos à Assessoria

Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos do Ministério da Saúde, para conhecimento e resposta tempestiva ao parlamentar.

Colocamo-nos à disposição, caso necessário.

GEOVANI DE OLIVEIRA TAVARES

Coordenador-Geral de Demandas de Órgãos Externos da Saúde Indígena

Ciente e de acordo.

WEIBE TAPEBA

Secretário de Saúde Indígena



Documento assinado eletronicamente por **Geovani de Oliveira Tavares, Coordenador(a)-Geral de Demandas de Órgãos Externos da Saúde Indígena**, em 27/06/2025, às 14:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Weibe Nascimento Costa, Secretário(a) de Saúde Indígena**, em 30/06/2025, às 17:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0048331688** e o código CRC **E2093811**.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1^aSec/RI/E/nº 145

Brasília, 02 de junho de 2025.

A Sua Excelência o Senhor
ALEXANDRE PADILHA
Ministro de Estado da Saúde

Assunto: **Requerimento de Informação**

Senhor Ministro,

Nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal, encaminho a Vossa Excelência cópia(s) do(s) seguinte(s) Requerimento(s) de Informação:

| PROPOSIÇÃO | AUTOR |
|--|--|
| Requerimento de Informação nº 1.025/2025 | Comissão de Saúde |
| Requerimento de Informação nº 1.062/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto |
| Requerimento de Informação nº 1.078/2025 | Deputado David Soares |
| Requerimento de Informação nº 1.085/2025 | Deputado Alex Manente |
| Requerimento de Informação nº 1.087/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto |
| Requerimento de Informação nº 1.089/2025 | Deputado Célio Silveira |
| Requerimento de Informação nº 1.115/2025 | Deputado Gustavo Gayer |
| Requerimento de Informação nº 1.129/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto |
| Requerimento de Informação nº 1.194/2025 | Comissão de Saúde |
| Requerimento de Informação nº 1.235/2025 | Comissão de Fiscalização Financeira e Controle |
| Requerimento de Informação nº 1.267/2025 | Deputada Adriana Ventura e outros |
| Requerimento de Informação nº 1.295/2025 | Deputado Eduardo da Fonte |

Por oportuno, solicito, na eventualidade de a informação requerida ser de natureza sigilosa, seja enviada também cópia da decisão de classificação proferida pela autoridade competente, ou termo equivalente, contendo todos os elementos elencados no art. 28 da Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), ou, caso se trate de outras hipóteses legais de sigilo, seja mencionado expressamente o dispositivo legal que fundamenta o sigilo. Em qualquer caso, solicito ainda que os documentos sigilosos estejam acondicionados em invólucro lacrado e rubricado, com indicação ostensiva do grau ou espécie de sigilo.

Atenciosamente,

Deputado CARLOS VERAS
Primeiro-Secretário

- NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.

/LMR



Documento assinado por:

02/06/2025 16:11 - Dep. CARLOS VERAS

Selo digital de segurança: 2025-UCBR-LAAE-EKVZ-FYHO

Ofício 1^aSec/RI-E-nº 145 (0048186414)

SEI 25000.051971/2025-13 / pg. 20



REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO
(Do Sr. Cap. Alberto Neto)

**Requer do Excelentíssimo
Ministro da Saúde, Senhor
Alexandre Padilha, informações
sobre a mortalidade materna
global.**

Senhor Presidente,

Com fundamento no art. 50, § 2º, da Constituição Federal, combinado com os arts. 115 e 116 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados requeiro seja encaminhado ao Exmo. Ministro da Saúde, Senhor Alexandre Padilha, solicitação de informações sobre a mortalidade materna global. Diante do exposto solicito resposta para os seguintes questionamentos:

1)Senhor Ministro, considerando que a taxa de mortalidade materna em Manaus tem apresentado indicadores preocupantes nos últimos anos, quais medidas específicas o Ministério da Saúde planeja implementar para fortalecer a rede de assistência obstétrica na capital amazonense, especialmente nas áreas periféricas onde o acesso aos serviços de saúde é mais precário?

2)O estado do Amazonas enfrenta desafios únicos relacionados à logística e ao acesso à saúde em comunidades ribeirinhas e indígenas. Como o ministério pretende adaptar as políticas nacionais de redução da mortalidade materna para atender às especificidades geográficas e culturais da região amazônica?

3)Dados recentes apontam que o Brasil ainda está distante de alcançar a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionada à redução da mortalidade materna. Quais são as principais barreiras identificadas pelo





Câmara dos Deputados Gabinete do Deputado Capitão Alberto Neto – PL/AM

Apresentação: 08/04/2025 11:31:09.490 - Mesa

RIC n.1129/2025

ministério para o cumprimento desta meta e como o governo federal pretende superá-las até 2030?

4)O Amazonas tem enfrentado dificuldades na implementação de comitês de investigação de óbitos maternos em todos os seus municípios. Como o Ministério da Saúde planeja apoiar tecnicamente e financeiramente o estado para fortalecer este importante mecanismo de vigilância epidemiológica?

5)Considerando que a assistência pré-natal de qualidade é fundamental para prevenir mortes maternas, como o ministério avalia a cobertura e a qualidade deste serviço em Manaus e qual o plano de ação para melhorar os indicadores de pré-natal no município?

6)O Brasil tem apresentado uma crescente taxa de cesarianas, muitas delas sem indicação clínica precisa, o que pode elevar os riscos de complicações maternas. Quais estratégias o Ministério da Saúde está desenvolvendo para estimular o parto normal seguro e humanizado, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde o acesso à informação sobre os riscos de procedimentos desnecessários é mais limitado?

7)Durante a pandemia de COVID-19, observou-se um retrocesso nos indicadores de mortalidade materna no Brasil, com impactos particularmente severos na região amazônica. Quais lições foram aprendidas com esta crise e como o ministério está se preparando para garantir a continuidade dos serviços essenciais de saúde materna em eventuais futuras emergências sanitárias?

Justificativa

A mortalidade materna permanece como um desafio global de saúde pública, revelando profundas desigualdades entre nações desenvolvidas e em desenvolvimento. Anualmente, mais de 300 mil mulheres perdem suas vidas por complicações durante a gravidez, parto ou puerpério, uma estatística alarmante que representa uma morte materna a cada dois minutos em todo o mundo. Estas mortes são particularmente trágicas porque, em sua maioria,



* C D 2 5 4 4 1 8 2 2 5 1 0 0 *





Câmara dos Deputados Gabinete do Deputado Capitão Alberto Neto – PL/AM

Apresentação: 08/04/2025 11:31:09.490 - Mesa

RIC n.1129/2025

poderiam ser evitadas com acesso adequado a cuidados pré-natais, assistência qualificada durante o parto e acompanhamento pós-parto.

Os números expressam uma realidade cruel onde o direito básico à maternidade segura permanece inacessível para milhões de mulheres, especialmente nas regiões mais pobres do planeta. A Organização Mundial da Saúde aponta que cerca de 95% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda, onde os sistemas de saúde frequentemente carecem de infraestrutura, profissionais qualificados e medicamentos essenciais. Fatores como hemorragias, infecções, distúrbios hipertensivos, complicações no parto e abortos inseguros figuram entre as principais causas diretas dessas mortes maternas.

O cenário é agravado por determinantes sociais como pobreza, baixa escolaridade, casamentos precoces, falta de autonomia feminina sobre decisões reprodutivas e barreiras geográficas que dificultam o acesso aos serviços de saúde. Muitas gestantes em áreas rurais precisam percorrer longas distâncias para chegar a unidades de saúde, frequentemente sem transporte adequado.

Além disso, normas culturais e tabus podem desencorajar mulheres a buscarem assistência médica profissional, preferindo métodos tradicionais que nem sempre são seguros.

A pandemia de COVID-19 exacerbou esta situação, interrompendo serviços essenciais de saúde materna em muitos países e revertendo progressos anteriormente alcançados. Embora tenha havido avanços significativos nas últimas décadas, com redução global da taxa de mortalidade materna, o ritmo atual é insuficiente para atingir o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável de reduzir a taxa global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030.

Organizações internacionais e governos têm implementado diversas estratégias para enfrentar esta crise, incluindo a formação de parteiras qualificadas, melhoria da infraestrutura obstétrica, garantia de acesso a métodos contraceptivos e planejamento familiar, além de programas educacionais que empoderam mulheres.



* C D 2 4 4 1 8 2 2 5 1 0 0 *



**Câmara dos Deputados
Gabinete do Deputado Capitão Alberto Neto – PL/AM**

Apresentação: 08/04/2025 11:31:09.490 - Mesa

RIC n.1129/2025

Experiências bem-sucedidas em países como Ruanda e Sri Lanka demonstram que progressos significativos são possíveis mesmo com recursos limitados, quando há comprometimento político e abordagens integradas. Iniciativas que incluem agentes comunitários de saúde têm se mostrado eficazes em aproximar os cuidados obstétricos das comunidades mais isoladas.

A redução da mortalidade materna não é apenas uma questão de saúde pública, mas também de direitos humanos e justiça social. Cada morte materna representa não apenas a perda de uma vida, mas impacta profundamente famílias inteiras, deixando crianças órfãs e comunidades fragilizadas. O investimento em saúde materna traz retornos significativos para o desenvolvimento socioeconômico, contribuindo para a quebra de ciclos intergeracionais de pobreza e o fortalecimento das sociedades como um todo.

Sendo a fiscalização uma das funções típicas do legislador, faz-se necessária a aprovação deste requerimento de informações para obtenção de dados suficientes a respeito da atuação do Poder Executivo, a fim de se assegurar a efetividade das leis ou, se assim for necessário, tomar medidas para que sejam implementadas de forma eficiente e transparente.

Termos em que, pede deferimento.

Brasília, 8 e abril de 2025.

**CAPITÃO ALBERTO NETO
Deputado Federal / PL-AM**

