

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA, FETAL E INFANTIL



Mato Grosso do Sul
2026



APRESENTAÇÃO

O presente boletim analisa os óbitos maternos, fetais e infantis ocorridos no ano de 2025, com base em variáveis selecionadas, com ênfase na mortalidade materna. A análise contribui para a identificação de contextos que demandam a intensificação das ações de saúde, com vistas à redução de mortes por causas evitáveis.

A sistematização das informações apresentadas tem por finalidade subsidiar o uso dos dados como ferramenta estratégica de gestão. Dessa forma, apoia o planejamento, o monitoramento e o aprimoramento das ações de cuidado. A análise dos fatores associados à ocorrência desses óbitos permite direcionar respostas mais eficazes e equitativas, fortalecendo a atenção materno-infantil no estado.

À luz dos achados, destaca-se a importância da incorporação das recomendações dos Comitês de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil, no âmbito da Rede Atenção à Saúde. Essa incorporação contribui para o direcionamento de esforços aos pontos críticos da rede e para o fortalecimento das ações de prevenção, além de favorecer o avanço no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especialmente na redução da mortalidade materna e infantil até 2030.

ELABORAÇÃO

Hilda Guimarães de Freitas

Gerência da Vigilância do Óbito Materno e Infantil - CVE/SES/MS

Luciene Higa de Aguiar

Gerência da Vigilância do Óbito Materno e Infantil - CVE/SES/MS

COLABORAÇÃO

Renata Palópoli Pícoli

Fiocruz/MS

Bruno Holsback Uesato

CEVITAL/SESAU - Campo Grande

Mariane Cristina de Souza Lima

Web designer - CTEC SES/MS

MORTALIDADE MATERNA

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

Morte Materna Obstétrica

Direta

Ocorre por **complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério** resultantes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações.

Indireta

Decorrente de **doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período**, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Morte Materna não Obstétrica

É aquela causada por **fatores incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez** e seu manejo, como acidentes de trânsito, suicídio ou feminicídio, que não têm relação com a gravidez ou seu cuidado. Esses óbitos não entram no cálculo da razão de mortalidade materna.

Parâmetro da RMM (OMS)

Baixa: até 20/100.000 NV
Média: de 20 a 49/100.000 NV
Alta: de 50 a 149/100.000 NV
Muito alta: ≥ que 150/100.000 NV

👉 NV= Nascidos Vivos

👉 OMS= Organização Mundial de Saúde

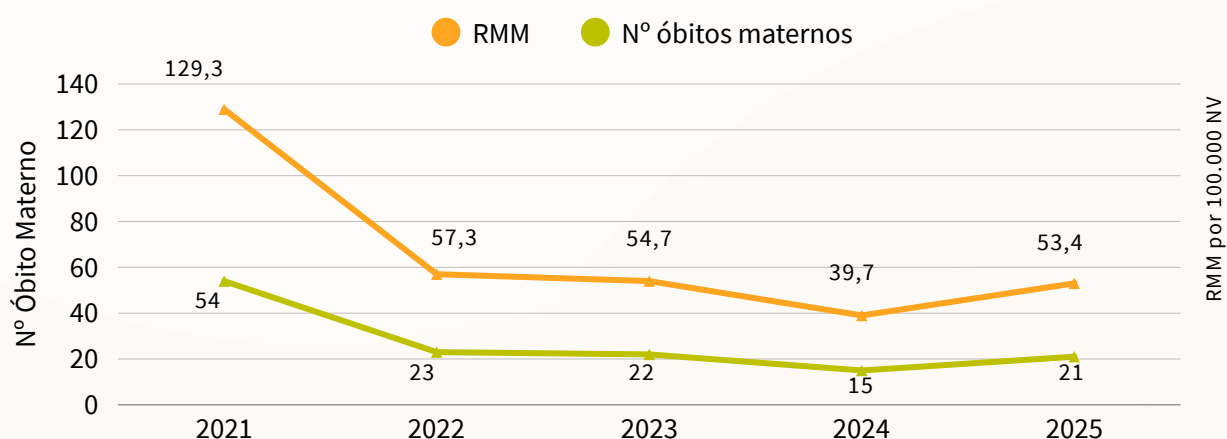
Razão da Mortalidade Materna (RMM)

Principal indicador para avaliação da qualidade da assistência à saúde da mulher durante o pré-natal, parto e nascimento.

Método de Cálculo da RMM

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos maternos diretos e indiretos}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos}} \times 100.000 \text{ NV}$$

Figura 1 – Razão da mortalidade materna e número de óbitos maternos, segundo ano de ocorrência do óbito – Mato Grosso do Sul, 2021-2025.



Fonte: SIM; SINASC - SES/MS/DATASUS. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

No período de 2021 a 2025, a RMM em Mato Grosso do Sul apresentou variações ao longo da série histórica, com maior valor em 2021 (129/100.000 NV), influenciado pelo contexto da pandemia de Covid-19, e menor em 2024 (39/100.000 NV). Nos anos intermediários, observa-se redução seguida de relativa estabilidade, com valores entre 54 e 57/100.000 NV. Em 2025, observa-se nova elevação do indicador (53/100.000 NV) (Figura 1).

A interpretação dessas variações deve considerar o pequeno número absoluto de óbitos, que pode gerar oscilações expressivas. Além disso, aspectos relacionados à vigilância, como subnotificação e inconsistências na investigação, podem influenciar o comportamento do indicador.

Esse contexto reforça a necessidade de fortalecimento da vigilância do óbito materno e da Rede de Atenção à Saúde Materna, com ênfase na qualificação do pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério.

Quadro 1 - Número de óbitos Maternos, segundo municípios de residência e razão da mortalidade materna, segundo macrorregiões - Mato Grosso do Sul, 2025.

Macrorregiões	Municípios	Nº de Óbitos Maternos	RRM por 100.000 NV Macrorregiões
CENTRO 9 óbitos (42,9%)	Campo Grande	6	= 9/10.381*100.000 NV 86,6
	Coxim	1	
	Terenos	1	
	Sidrolândia	1	
SUL 9 óbitos (42,9%)	Nova Andradina	1	= 9/5.229*100.000 NV 172,1
	Paranhos	1	
	Batayporã	1	
	Coronel Sapucaia	1	
	Dourados	2	
	Nova Alvorada do Sul	2	
	Japorã	1	
COSTA LESTE 3 óbitos (14,2%)	Cassilândia	1	= 3/1.037*100.000 NV 289,3
	Aparecida do Taboado	1	
	Chapadão do Sul	1	

Fonte: SIM; SINASC - SES/MS/DATASUS. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Na análise segundo o Plano Diretor de Regionalização, consideraram-se duas abordagens: a distribuição do número absoluto de óbitos maternos e a RMM, que expressa o risco de morte entre gestantes. Das quatro macrorregiões formalizadas, apenas a macrorregião Pantanal não apresentou registro de óbitos maternos. Quanto ao número absoluto de óbitos, as macrorregiões Centro e Costa Leste apresentam o mesmo número de óbitos. Em relação à RMM, observa-se maior risco na macrorregião da Costa Leste, seguida pela macrorregião Sul (Quadro 1).

Esse padrão evidencia desigualdades regionais relacionadas à vulnerabilidade materna e à organização da rede de atenção à saúde, indicando a necessidade de estratégias diferenciadas para o enfrentamento dos riscos nas distintas macrorregiões.

Tabela 1 – Óbitos maternos, segundo faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade, número de gestações anteriores, tipo de parto e momento do óbito - Mato Grosso do Sul, 2025.

Variáveis	Óbitos Maternos (21)	
Faixa etária	Nº	%
10 a 19	2	9,5%
20 a 29	5	23,8%
30 a 39	10	50,0%
40 ou mais	4	19,0%
Raça/cor		
Parda	10	47,6%
Branca	7	33,3%
Preta	2	9,5%
Indígena	2	9,5%
Estado Civil		
Casado	10	47,6%
Solteiro	10	47,6%
União Consensual	1	4,7%
Escolaridade (ano)		
4 - 7 anos	4	19,0%
5 - 12 mais anos	3	14,2%
8 - 11 anos	13	61,9%
Ignorado	1	4,7%
Gestações (Nº)		
0	4	20,0%
1	8	40,0%
2	1	5,0%
3	4	20,0%
5 ou mais	3	15,0%
Tipo de parto		
Vaginal	4	6,6%
Cesária	11	66,6%
Não houve	5	26,6%
Óbito ocorreu		
Gestação	4	20,0%
Parto	4	20,0%
Puerpério	11	55,0%

Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

As variáveis analisadas incluíram *idade materna, raça/cor de pele, escolaridade, número de gestações, estado civil, tipo de parto e momento da ocorrência do óbito*. Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), provenientes das Declarações de Óbito e das Fichas Síntese de Investigação.

O perfil predominante corresponde a mulheres de 30 a 39 anos, de raça/cor parda, com escolaridade entre 8 e 12 anos, com uma ou mais gestações anteriores, submetidas ao parto cesariano e com ocorrência do óbito no período puerperal (Tabela 1).

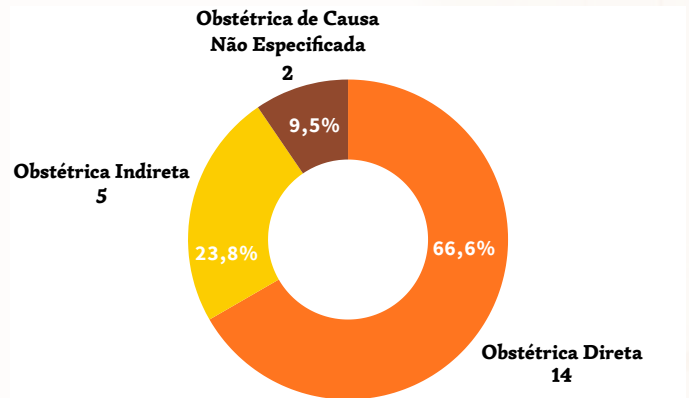
Esse perfil evidencia o puerpério como período crítico, indicando a necessidade de fortalecimento da continuidade do cuidado após o parto, com integração entre os níveis de atenção.

Observa-se elevada proporção de cesarianas, achado que requer atenção diante da associação com complicações no pós-parto, especialmente quando não há indicação clínica adequada.

Quadro 2 - Número de óbitos maternos segundo causa obstétrica (CID 10) - Mato Grosso do Sul, 2025.

Total Obstétrica Direta	14
O141 - PRE-ECLAMPSIA GRAVE	1
O142 - SINDROME HELLP	2
O149 - PRE-ECLAMPSIA NÃO ESPECIFICADA	2
O152 - ECLAMPSIA NO PUERPÉRIO	1
O159 - ECLAMPSIA NÃO ESPECIFICADA QUANTO AO PERÍODO	1
O622 - OUTRAS FORMAS DE INERCIA UTERINA	1
O679 - HEMORRAGIA INTRAPARTO NÃO ESPECIFICADA	1
O720 - HEMORRAGIA DO TERCEIRO ESTÁGIO	2
O721 - OUTRAS HEMORRAGIAS DO PÓS-PARTO IMEDIATO	2
Total Obstétrica Indireta	5
O980 - TUBERCULOSE COMPLICANDO A GPP	2
O994 - DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO COMPLICANDO A GPP	1
O998 - OUTRAS DOENÇAS E AFECÇÕES ESPECIFICADAS COMPLICANDO A GPP	1
O993 -DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO COMPLICANDO A GPP	1
Total Por Causa não Especificada	2
O95 - MORTE OBSTETRICA DE CAUSA NÃO ESPECIFICADA	2

Figura 2 - Proporção das causas de óbitos maternos - Mato Grosso do Sul, 2025.



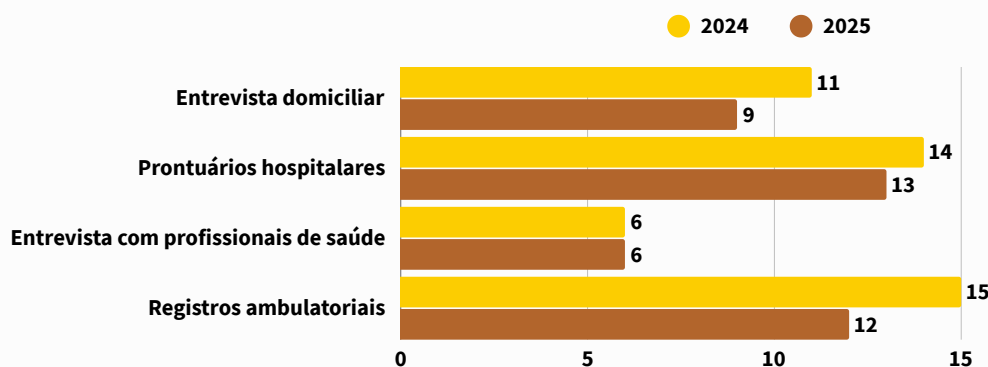
Em 2025, foram registrados 21 óbitos maternos, sendo a maioria (66%) decorrente de causas obstétricas diretas, 5 (24%) de causas obstétricas indiretas e 2 (10%) permaneceram como causa não especificada (Quadro 2).

As principais causas foram complicações hipertensivas e hemorragias obstétricas, ambas responsáveis por parcela expressiva dos óbitos. Entre as causas indiretas, destaca-se a tuberculose, evidenciando a relação entre mortalidade materna e vulnerabilidade social.

Esse perfil é compatível com o observado em outros contextos e indica que grande parte dos óbitos é potencialmente prevenível mediante detecção precoce, manejo clínico oportuno e organização adequada da assistência.

Fonte: SIM; SINASC/SES/MS/DATASUS.

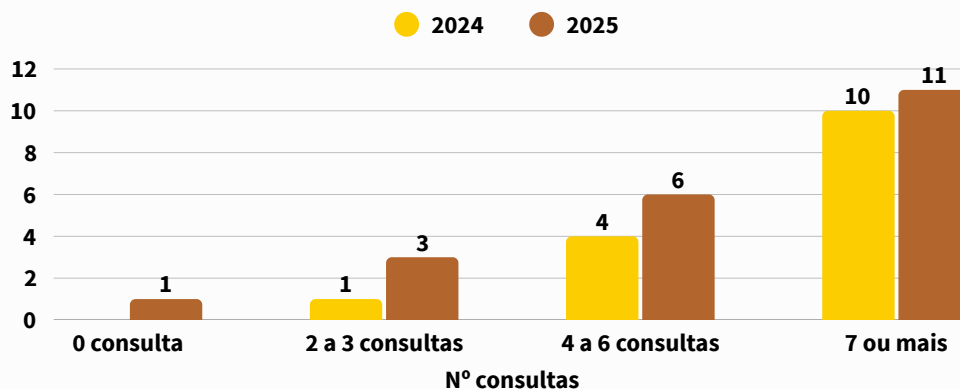
Figura 3 - Fontes de informação utilizadas na investigação dos óbitos maternos - Mato Grosso do Sul - 2024 e 2025.



No período de 2024 a 2025, o serviço de vigilância manteve a utilização de todas as fontes de informação na investigação epidemiológica. Contudo, observa-se redução na frequência dos registros ambulatoriais, seguida de diminuição dos registros hospitalares. Essas fontes são estratégicas por refletirem o fluxo assistencial e a trajetória do usuário na Rede de Atenção à Saúde (Figura 3).

A redução identificada pode indicar lacunas nos processos de registro, na integração entre os serviços ou na sensibilização das equipes, reforçando a necessidade de fortalecer a qualidade da informação e a articulação entre vigilância e atenção à saúde.

Figura 4 - Número de consultas de pré-natal entre os óbitos maternos - Mato Grosso do Sul, 2024 - 2025.

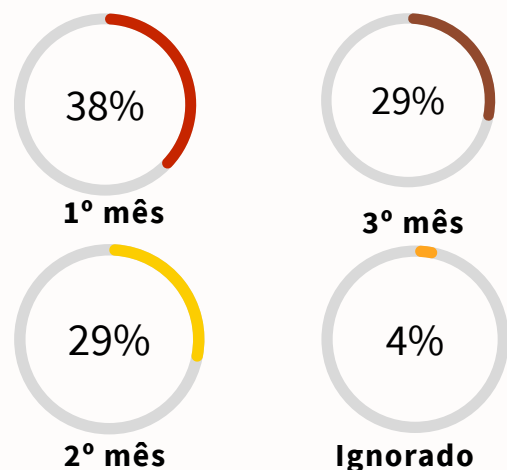


Observa-se aumento no número de consultas de pré-natal entre os casos investigados, com mais de 50% das gestantes realizando sete ou mais consultas, número superior ao mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde (Figura 4).

Entretanto, esse aumento de acesso não se refletiu na redução da mortalidade materna. Esse achado sugere limitações na qualidade da assistência, indicando que o cumprimento quantitativo do pré-natal, de forma isolada, não garante desfechos maternos favoráveis.

Para análise das variáveis relacionadas ao pré-natal e ao momento do óbito, utilizou-se a ficha síntese padronizada pelo Ministério da Saúde, disponível no módulo do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Esse instrumento contempla informações sobre o início e o término do acompanhamento pré-natal, bem como o momento do óbito em relação à idade gestacional.

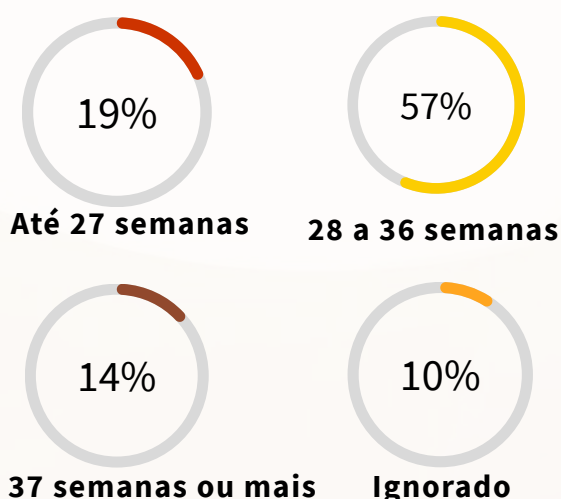
Figura 5 - Proporção dos óbitos maternos segundo mês de início do pré-natal- Mato Grosso do Sul, 2025.



Dos 21 óbitos maternos analisados, 38% das gestantes realizaram a primeira consulta no 1º mês de gestação, enquanto 58% iniciaram o pré-natal entre o 2º e o 3º mês, demonstrando que a maioria acessou o serviço ainda no primeiro trimestre. Observa-se, contudo, 4% dos registros com informação ignorada quanto ao início do pré-natal (Figura 5).

Esse resultado indica a necessidade de qualificar o preenchimento das informações, a fim de garantir mais fidedignidade dos dados e subsidiar de forma mais consistente o planejamento das ações de saúde.

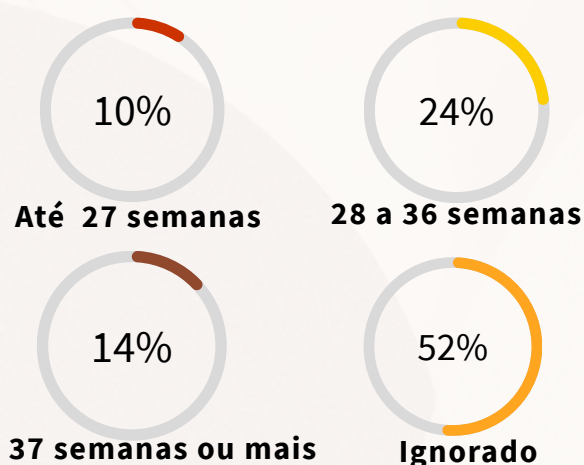
Figura 6 - Proporção dos óbitos maternos segundo idade gestacional na última consulta de pré-natal - Mato Grosso do Sul, 2025.



Observa-se que 57% das gestantes realizaram a última consulta entre a 28ª a 36ª semana de gestação, período que concentrou os óbitos (Figura 6).

Esse resultado reforça a necessidade de intensificar o acompanhamento no terceiro trimestre, especialmente nas semanas finais da gestação, com vistas ao aprimoramento da detecção de riscos e fortalecer a assistência às gestantes nesse período crítico.

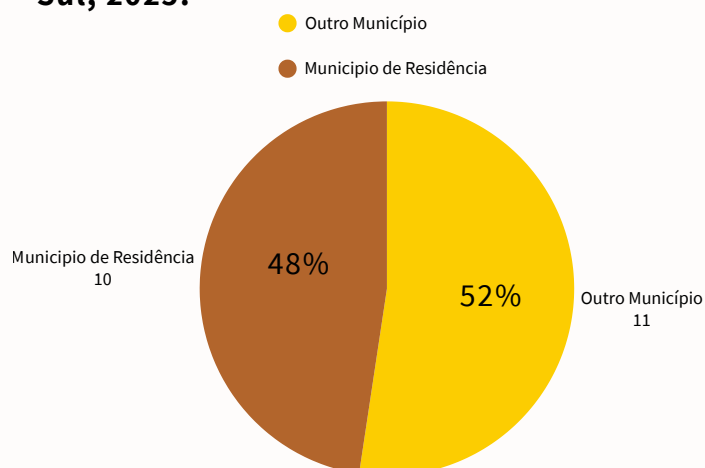
Figura 7 - Proporção dos óbitos maternos segundo idade gestacional no momento do óbito - Mato Grosso do Sul, 2025.



Em síntese, os resultados indicam que, apesar do início precoce do pré-natal, persistem fragilidades no acompanhamento nas últimas semanas de gestação e na qualidade dos registros, com impacto na análise dos dados e no planejamento das ações de saúde materna.

Fonte: SIM/SES/MS/DATASUS/Ficha-síntese de investigação.

Figura 8 - Proporção dos óbitos maternos segundo ocorrência no município de residência ou fora dele - Mato Grosso do Sul, 2025.

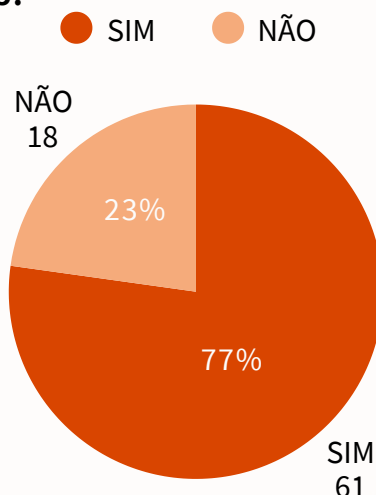


Observa-se que 52% dos óbitos ocorreram fora do município de residência das mulheres (Figura 8).

Mais da metade dos óbitos ocorreu fora do município de residência das mulheres, sugerindo limitações na organização da rede, como referência tardia, baixa oferta de serviços especializados e barreiras de acesso.

Esse cenário aponta para a necessidade de fortalecimento da rede assistencial, incluindo qualificação do transporte sanitário, ampliação do uso da telessaúde e fortalecimento da enfermagem obstétrica.

Figura 9 - Percentual de municípios com comitês de mortalidade materna, fetal e infantil - Mato Grosso do Sul, 2025.



Os dados evidenciam a necessidade de dar continuidade à estruturação dos Comitês, visando ao alcance da meta de 85% dos municípios com Comitê implantado, bem como ao fortalecimento daqueles já existentes, assegurando atuação regular, qualificada e resolutiva.

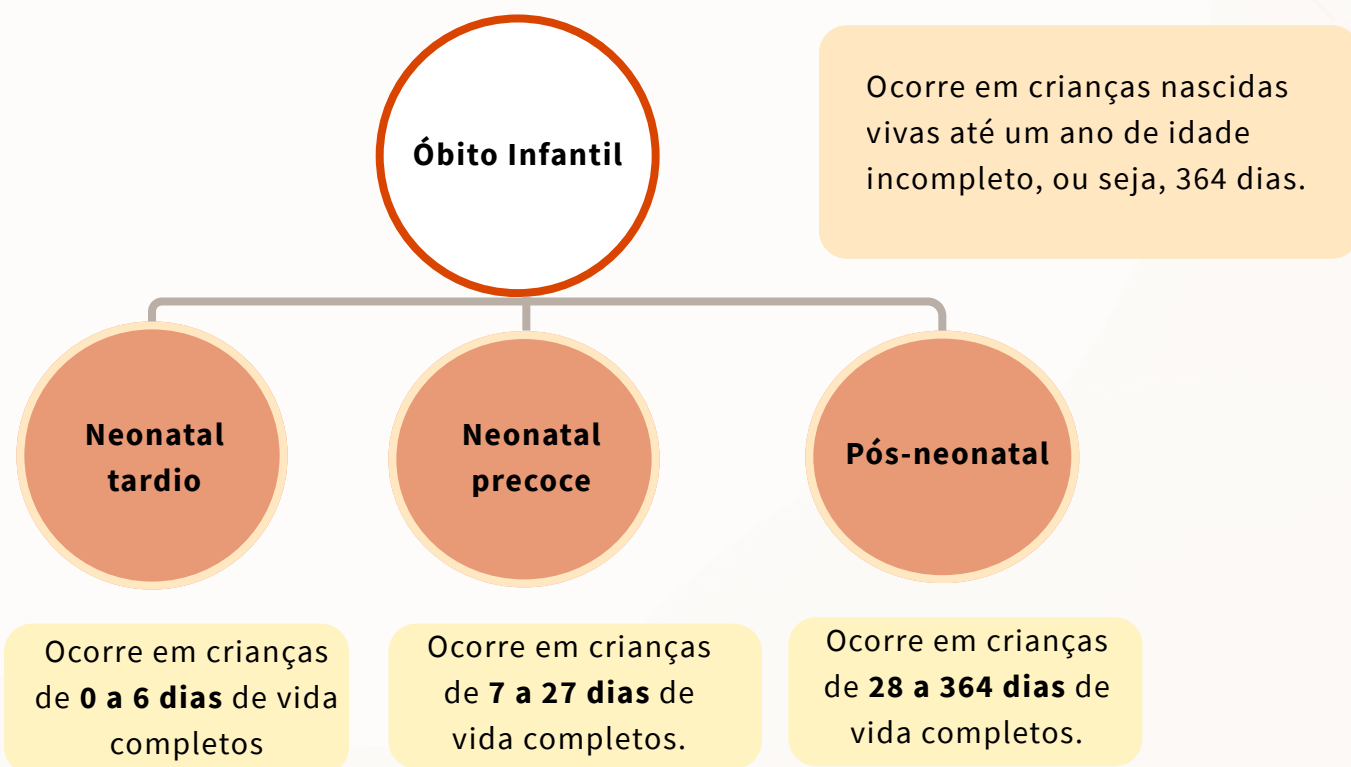
Nesse contexto, ressalta-se o papel estratégico desses Comitês na análise dos óbitos e na proposição de ações voltadas à sua prevenção, a partir da avaliação do itinerário assistencial e do cuidado prestado.

Destaca-se, ainda, a atuação dos Comitês na recomendação e no monitoramento de ações relacionadas à prevenção, diagnóstico e manejo oportuno de condições evitáveis, como hipertensão arterial, diabetes gestacional e infecções do trato urinário, diretamente associadas ao risco de óbito materno e fetal.

Fonte: GVOMI/CVE/SES/MS. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

MORTALIDADE FETAL E INFANTIL

A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador de saúde pública que define o número de óbitos de menores de um ano de vida, por 1.000 nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em altas (50 ou mais), médias (20 - 49) e baixas (menos de 20)

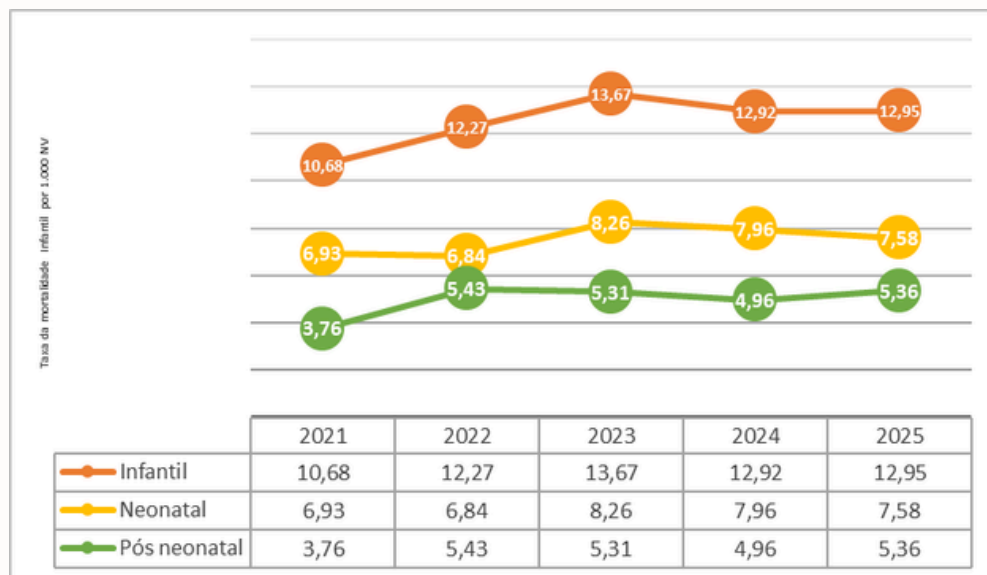


Morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez.

Método de Cálculo (direto)

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos de residentes } < 1 \text{ ano}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos}} \times 1.000 \text{NV}$$

Figura 9 - Taxa de mortalidade infantil e componentes - Mato Grosso do Sul, 2021 - 2025.



Fonte: SIM; SINASC - SES/MS/DATASUS. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

A série histórica da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de Mato Grosso do Sul no período de 2021 a 2025 evidencia manutenção em patamar persistentemente elevado, com oscilação entre 10,68 óbitos por mil nascidos vivos, em 2021, e 13,67, em 2023, ano de maior magnitude da série. Após esse pico, observa-se discreta redução em 2024 (12,92), seguida de relativa estabilidade em 2025 (12,95), indicando que, embora tenha havido arrefecimento após 2023, o estado ainda não retomou o nível mais baixo observado no início da série. Esse comportamento sugere persistência de determinantes estruturais e assistenciais que seguem impactando a mortalidade no primeiro ano de vida.

Ao analisar os componentes da TMI, nota-se que o componente Neonatal (0 a 27 dias) permanece como principal responsável pelos óbitos infantis em todo o período. Esse predomínio reafirma o peso das condições relacionadas ao pré-natal, à assistência ao parto, ao nascimento e ao cuidado imediato ao recém-nascido. Já o componente Pós-neonatal (28 dias a menores de 1 ano) apresenta menor magnitude e relativa estabilidade.

No contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o Brasil assumiu o compromisso de reduzir a mortalidade Neonatal para, no máximo, 5 óbitos por mil nascidos vivos até 2030 (ODS 3.2). À luz dessa meta, Mato Grosso do Sul permanece acima do parâmetro pactuado em todos os anos analisados, inclusive em 2025, quando registrou 7,58 por mil NV — valor 51,6% superior ao limite preconizado. O cenário evidencia a necessidade de intensificação de estratégias voltadas à qualificação da atenção obstétrica e neonatal, ampliação da capacidade resolutiva das maternidades e fortalecimento das redes materno-infantis, de modo a acelerar a redução dos óbitos evitáveis no período neonatal.

Quadro 4 - Óbito infantil, segundo causa básica (CID/10) - Mato Grosso do Sul, 2021 - 2025.

CID	Causa	2021	2021	2023	2024	2025
P36	Septicemia bacteriana do recém-nascido	28	29	52	32	42
P22	Desconforto respiratório do recém-nascido	28	24	21	20	17
P00	Afecções maternas	28	23	25	18	11
P01	Feto recém-nascido afetados por complicações maternas gravidez	28	15	25	11	20
P02	Complicações da placenta /cordão umbilical e membranas	28	16	22	16	10
P07	Prematuridade baixo peso (NCOP)	28	12	11	32	21
P24	Síndrome de aspiração neonatal	28	14	8	12	11
P96	Outras afecções originadas período perinatal	28	14	9	4	7
P26	Hemorragia pulmonar orig período perinatal	28	11	7	9	12
P29	Transtorno cardiovascular originária período perinatal	9	7	10	6	6

Fonte: SIM; SINASC - SES/MS/DATASUS. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Entre 2021 e 2025, foram registrados 2.468 óbitos de menores de 1 ano, com média anual de 494. Do total, 67% tiveram como causa básica afecções originadas no período perinatal, destacando-se septicemia neonatal (P36), desconforto respiratório (P22) e afecções relacionadas a condições maternas (P00 e P01).

Esse perfil reforça a importância da qualificação da assistência no pré-natal, parto e cuidado neonatal.

Quadro 5 - Óbitos fetais segundo causa básica (CID-10) - Mato Grosso do Sul, 2021 - 2025.

CID	CAUSA	2021	2022	2023	2024	2025
P95	Morte fetal de causa Não Especificada (NE)	154	184	124	108	130
P00	Afecções maternas	89	73	100	81	72
P02	Complicações da placenta/cordão	88	89	73	77	47
P20	Hipoxia intra-uterina	45	44	36	42	32
P01	Complicações maternas na gravidez	30	16	39	34	34

Fonte: SIM; SINASC - SES/MS/DATASUS. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Entre 2021 e 2025, os óbitos fetais mantiveram-se em níveis elevados, com predominância de causas não especificadas, demonstrando lacunas na investigação e na qualificação da informação.

Esse cenário limita a identificação de fatores associados e reforça a necessidade de aprimoramento da vigilância do óbito fetal, com foco na qualificação da assistência e na atenção às populações mais vulneráveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

MORTALIDADE MATERNA

Em 2025, foram registrados 21 óbitos maternos em Mato Grosso do Sul, resultando em uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) superior ao valor preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Observa-se maior concentração de óbitos entre mulheres de 30 a 39 anos, predominantemente de raça/cor parda e com escolaridade entre 8 e 12 anos. A maioria ocorreu no período puerperal, com elevada proporção de mulheres submetidas à cesariana, evidenciando fragilidades na continuidade do cuidado após o parto e no manejo oportuno de intercorrências clínicas e cirúrgicas.

Os dados indicam que grande parte dos óbitos decorre de causas potencialmente evitáveis, com predomínio das complicações hipertensivas e hemorrágicas, revelando limitações na efetividade da assistência obstétrica, especialmente no período puerperal. Esse resultado sugere lacunas no manejo clínico oportuno e na organização dos processos assistenciais.

Diante desse contexto, o aprimoramento da linha de cuidado materno configura-se como ação estratégica prioritária, estruturada a partir dos 10 Passos para o Cuidado Obstétrico. Destacam-se a qualificação da assistência ao parto e ao puerpério, a integração entre a Atenção Primária e os serviços especializados e a garantia da continuidade do cuidado no pós-parto.

A consolidação dessas estratégias, associada à qualificação da regulação, do transporte sanitário e da educação permanente das equipes de saúde, especialmente nos municípios de menor porte, é fundamental para a redução dos óbitos maternos evitáveis e para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Materna no estado.

Destaca-se, ainda, o papel estratégico dos Comitês de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil na análise qualificada dos óbitos, na identificação de lacunas assistenciais e na proposição de ações resolutivas, contribuindo para o uso da informação como instrumento de gestão.

A utilização sistemática das informações produzidas pela vigilância do óbito materno, fetal e infantil constitui ferramenta essencial para o aprimoramento da gestão e da qualidade da atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

MORTALIDADE FETAL E INFANTIL

Entre 2021 e 2025, os óbitos fetais mantiveram-se relativamente estáveis, sem variações expressivas no número de registros. Observa-se, contudo, a predominância de causas não especificadas.

Esse padrão evidencia fragilidades na investigação dos óbitos e na qualidade das informações registradas, limitando a análise dos fatores determinantes e dificultando a identificação de falhas relacionadas às três demoras — percepção da gravidade pela gestante, acesso aos serviços de saúde e qualidade da assistência prestada. Assim, a baixa qualificação dos dados compromete o planejamento de ações mais efetivas para a prevenção desses óbitos.

No que se refere à mortalidade infantil, a taxa no período de 2021 a 2025 apresentou variações moderadas, sem tendência contínua de crescimento ou redução. Após o menor valor registrado em 2021, houve elevação até 2023, seguida de relativa estabilização nos anos subsequentes.

Esse comportamento indica que, embora tenham ocorrido avanços pontuais, ainda persistem desafios para a redução consistente da mortalidade infantil. A análise dos componentes evidencia maior impacto nos períodos neonatal precoce e pós-neonatal.

Esse resultado aponta fragilidades tanto na assistência ao pré-natal, quanto no parto e cuidados imediatos ao recém-nascido, além das condições de vida e do acesso aos serviços de saúde após o primeiro mês de vida.

Dessa forma, reforça-se a necessidade de fortalecimento das ações de atenção materno-infantil, com foco na qualificação do cuidado perinatal e na ampliação de estratégias de prevenção e acompanhamento no período pós-neonatal, visando à redução sustentada da mortalidade infantil.

DIRETRIZES E PRAZOS PARA NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

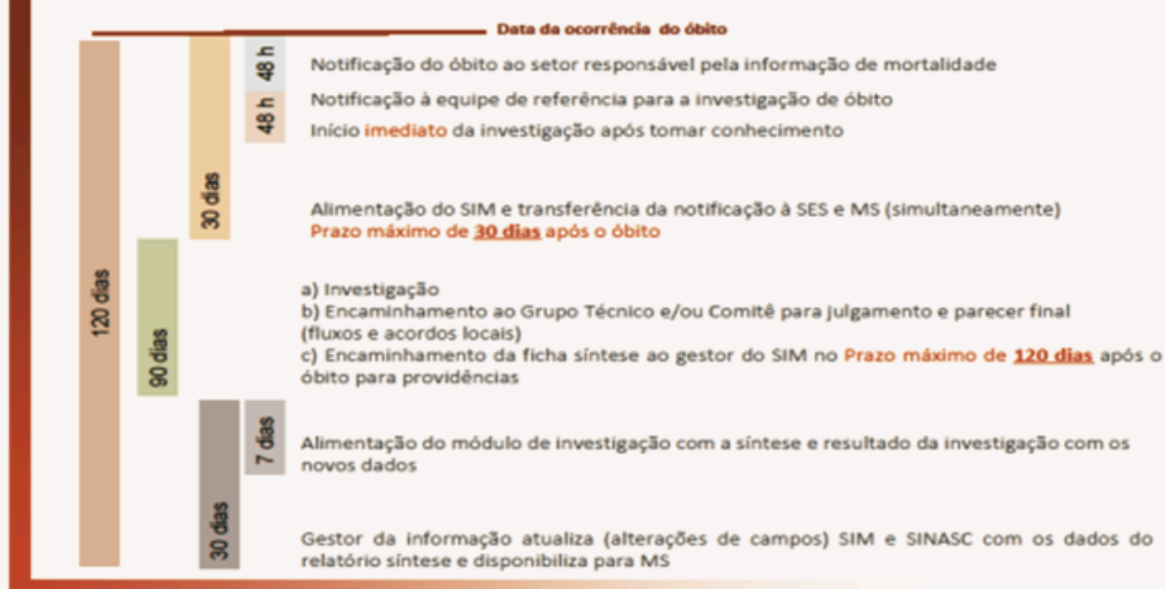
Regulamentação de fluxos e prazos especiais para notificação, investigação e cadastro de óbito de Mulher em Idade Fértil (MIF), Materno, Fetal e Infantil.

Portarias nº1.119 de 06/2008

Portaria nº 116 de 02/2009

Portaria nº 72 de 01/2010

Regulamentação de fluxos e prazos



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL - SES/MS
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SVS
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - CVE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO MATERNO, FETAL E INFANTIL - GVOMFI

SES
Secretaria de
Estado de
Saúde

