

## Nesta edição:

Boletim  
Epidemiológico

- Mortalidade Infantil
- Perfil dos nascidos vivos no município de Uberlândia-MG

## MORTALIDADE INFANTIL

A **mortalidade infantil** refere-se ao número de óbitos de crianças menores de um ano de idade em uma determinada população e período, geralmente expressa como uma taxa por mil nascidos vivos. É um indicador essencial para avaliar as condições de saúde, desenvolvimento e bem-estar de uma sociedade. A mortalidade infantil está relacionada a fatores como condições socioeconômicas, saneamento básico, acesso a serviços de saúde, nutrição, vacinação, e nível de educação das mães.

Os componentes do óbito infantil podem ser classificados de acordo com o período da vida em que ocorrem e incluem:

- **Óbito infantil:** ocorre em crianças nascidas vivas até um ano de idade incompleto, ou seja, até 364 dias de vida.
- **Óbito neonatal precoce:** ocorre em crianças de 0 a 6 dias de vida completos.
- **Óbito neonatal tardio:** ocorre em crianças de 7 a 27 dias de vida completos.
- **Óbito pós-neonatal:** ocorre em crianças de 28 a 364 dias de vida completos.
- **Óbito fetal ou natimorto:** refere-se à morte do produto da gestação antes da expulsão ou extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez.

Essas classificações ajudam a entender e monitorar as causas de mortalidade em diferentes fases do início da vida.

## PERFIL DOS NASCIDOS VIVOS NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA – MG

Analisando os dados da **Gráfico 1** de nascidos vivos de 2006 a 2024, algumas tendências e observações importantes podem ser identificadas. Entre 2006 e 2015, o número de nascidos vivos apresenta um crescimento constante, partindo de **7.899** em 2006 para **9.690** em 2015. Este período sugere um aumento consistente na taxa de nascimentos, o que pode estar relacionado a fatores socioeconômicos ou demográficos favoráveis nesse intervalo de tempo.

A partir de 2016, há uma inversão da tendência de crescimento. O número de nascimentos vivos começa a declinar, com uma redução leve em 2016 e 2017. Mesmo que em 2017 (9.636) e 2018 (9.687) tenha havido uma recuperação leve, a partir de 2019 começa a queda progressiva mais consistente, culminando em 2020 com **8.991** nascimentos, que pode ser parcialmente explicada pela pandemia de COVID-19.

A pandemia de COVID-19 pode ter impactado os números em 2020 e anos subsequentes, refletindo incertezas sociais e econômicas

que influenciaram a decisão de ter filhos. O ano de **2020** apresentou **8.991** nascidos vivos, marcando uma queda notável em comparação com os anos anteriores.

Em **2021**, a queda continua com **8.545** nascimentos, e em **2022** o número cai para **8.375**. Essa tendência pode refletir mudanças no comportamento reprodutivo, bem como nas condições de saúde e bem-estar durante e após o período mais crítico da pandemia.

O número de nascidos vivos em 2024 é até setembro, com apenas **6.010**.

**Gráfico 1:** Série histórica de nascidos vivos, 2013 a 2024\*, Uberlândia – MG.



Fonte: Vigilância Epidemiológica/ SIM/ SINASC. \*Dados preliminares até setembro 2024, sujeito a alteração

O **Gráfico 2/ Tabela 1** demonstra a evolução do número de nascidos vivos em Uberlândia, MG, de 2011 a 2024, de acordo com a escolaridade da mãe (anos de estudo concluídos permitindo visualizar as tendências ao longo dos anos. As mães com 8 a 11 anos de estudo constituem o maior grupo em todos os anos seguida das mães com 12 anos ou mais.

**A faixa etária de gestantes com 1 a 3 anos de estudo** apresenta o menor número de gestantes em todos os anos. Ocorre uma queda acentuada e contínua no número de nascidos vivos. Isso pode indicar uma diminuição significativa de gestantes com baixa escolaridade ao longo dos anos.

**Gestantes com 4 a 7 anos de estudo** também mostra uma tendência de declínio, embora os números sejam mais altos do que o grupo anterior. Essa queda pode refletir um aumento da escolaridade média das gestantes, com mais mães avançando para faixas de maior escolaridade.

**O grupo de gestantes com 8 a 11 anos de estudo** tem consistentemente o maior número de nascidos vivos em comparação com os outros com um aumento até 2019 seguido de uma leve queda. Isso

sugere que, embora esse grupo seja o maior, há uma tendência de redução no número de gestantes com essa escolaridade nos últimos anos.

As gestantes com ensino médio completo ou superior (**com 12 anos ou mais de estudo**) formam o segundo maior grupo. Observamos uma tendência de aumento no número de nascidos vivos de mães com essa escolaridade, que sobe de 2217 em 2011 para 3251 em 2017. Essa faixa indica que, apesar da alta escolaridade, o número de gestantes também parece estar em declínio, embora seja um grupo bastante expressivo.

Mães com escolaridade mais alta (8 a 11 anos e 12 anos ou mais) continuam a ser a maioria, o que sugere uma correlação entre maior escolaridade e uma maior probabilidade de gestação, ao menos em comparação com os grupos de menor escolaridade.

A diminuição nos grupos de menor escolaridade pode estar associada a uma melhora no acesso à educação ao longo dos anos.

**Gráfico 2:** Série histórica do percentual de nascimentos segundo anos de instrução da mãe, 2017-2024\*, Uberlândia – MG.

Total de Nascidos Vivos por ano de nascimento, segundo Escolaridade Mãe (em anos de estudo concluídos), residentes em Uberlândia - MG.



Fonte: Vigilância Epidemiológica/ SINASC. \*Dados preliminares até setembro 2024, sujeito a alteração

**Tabela 1:** Série histórica do percentual de nascimentos segundo anos de instrução da mãe, 2017-2024\*, Uberlândia – MG.

**Total de Nascidos Vivos por ano de nascimento, segundo Escolaridade Mãe (em anos de estudo concluídos), residentes em Uberlândia - MG.**

Ano do Nascimento	N Inf.	Nenhuma	1 a 3	4 a 7	8 a 11	12 e+	Ign	Total
2017	19	6	47	795	5516	3251	2	9636
2018	14	8	35	682	5644	3301	3	9687
2019	13	15	47	580	5754	3264	3	9676
2020	5	15	26	492	5307	3146	0	8991
2021	7	19	23	427	5009	3060	0	8545
2022	15	5	25	411	4877	3042	0	8375
2023	14	4	24	373	4710	3104	2	8231
2024*	16	0	12	219	3497	2266	0	6010

Fonte: Vigilância Epidemiológica/ SINASC. \*Dados preliminares até setembro 2024, sujeito a alteração

Na **Gráfico 3** nota-se o declínio no total de nascimentos. O número total de nascidos vivos apresenta uma tendência de declínio ao longo dos anos, passando de 8.556 em 2011 para 8.231 em 2023.

A distribuição por faixa etária de mães com menos de 14 anos apresenta um número pequeno de nascimentos, variando entre 20 e 58 ao longo dos anos, com uma leve queda após 2019. Mães entre 15-19 anos houve uma redução gradual nesta faixa, de 1.149 nascimentos em 2011 para 599 em 2023, o que sugere uma tendência de diminuição de gravidezes em adolescentes.

Mães entre 20-34 anos tem o maior número de nascimentos, mas também apresenta um leve declínio nos últimos anos, passando de 6.420 em 2011 para 5.995 em 2023.

Mães com 35 anos ou mais nessa faixa etária aumentou ao longo do período, de 932 em 2011 para 1.613 em 2023, indicando que mais mulheres estão tendo filhos em idades mais avançadas.

Comparações anuais:

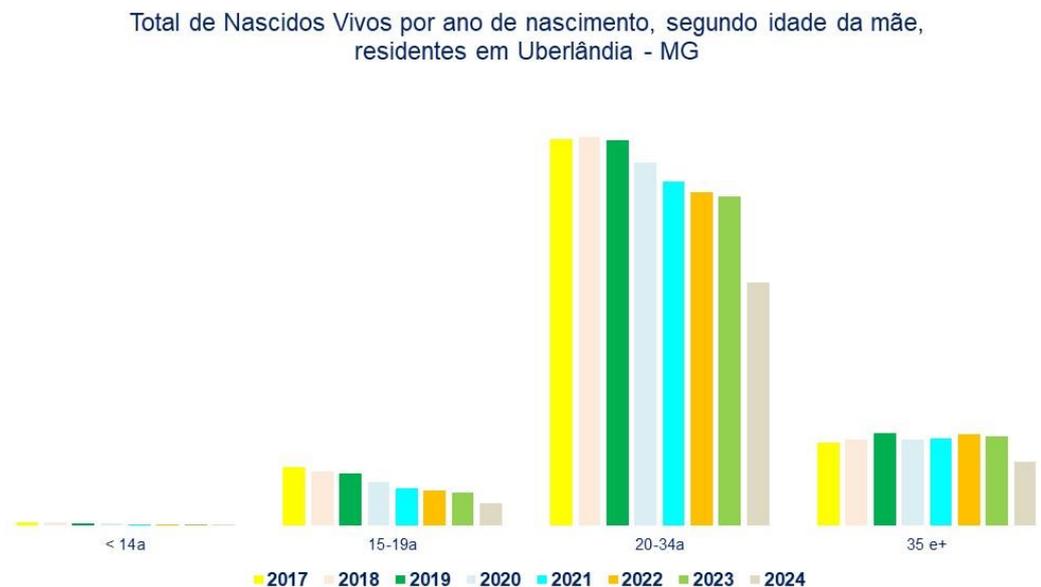
Entre 2011-2015 houve um aumento no número total de nascimentos, com picos em 2015. As mulheres na faixa de 20-34 anos representavam a maior parte dos nascimentos, enquanto as adolescentes (15-19 anos) também tinham um número considerável de partos. Entre 2016-2020 o total de nascimentos começou a diminuir de forma mais acentuada. A faixa etária de 35 anos ou mais teve um aumento gradual, enquanto as faixas mais jovens (especialmente 15-19 anos) apresentaram declínio significativo.

Entre 2021-2023 a tendência de queda nos nascimentos continuou, com destaque para a redução acentuada entre mães adolescentes e um aumento no número de nascimentos em mulheres com 35 anos ou mais. O ano de 2024 vem seguindo a mesma tendência com dados até setembro/ 24.

Os dados mostram uma transição demográfica em Uberlândia, com

menos nascimentos entre adolescentes e mais mulheres tendo filhos em idades mais avançadas. Isso pode estar relacionado a diversos fatores, como mudanças nos comportamentos reprodutivos, acesso a métodos contraceptivos, e decisões profissionais e educacionais que adiam a maternidade.

**Gráfico 3:** Série histórica do percentual de nascimentos segundo a idade da mãe, 2017-2024\*, Uberlândia – MG.



Fonte: Vigilância Epidemiológica/ SINASC. \*Dados preliminares até setembro 2024, sujeito a alteração

## MORTALIDADE INFANTIL

As principais causas de mortalidade infantil no Brasil estão relacionadas a fatores que afetam a saúde materno-infantil, condições de vida, e acesso a cuidados de saúde adequados. Essas causas podem ser divididas em dois grandes grupos: causas evitáveis e causas não evitáveis. Abaixo estão as principais:

### Causas Perinatais (durante a gestação, parto e primeiros dias de vida)

- **Prematuridade:** Bebês nascidos antes de 37 semanas de gestação têm maior risco de complicações respiratórias, infecções e outros problemas de saúde.
- **Asfixia Neonatal:** Falta de oxigênio durante o parto, que pode resultar em lesões cerebrais ou morte.
- **Infecções Perinatais:** Infecções contraídas durante o parto ou logo após, como a sepse neonatal.
- **Baixo Peso ao Nascer:** Bebês com peso inferior a 2,5 kg são mais suscetíveis a complicações e mortalidade.

### Infecções Respiratórias e Outras Infecções

- **Pneumonia:** Uma das principais causas de morte infantil no Brasil, especialmente em regiões mais pobres.
- **Sepse Neonatal:** Infecção generalizada que afeta recém-nascidos, sendo uma importante causa de morte.

- **Diarreia:** A desidratação causada pela diarreia é uma causa evitável de morte, mas ainda afeta crianças em áreas com saneamento básico inadequado.

#### **Desnutrição e Fatores Socioeconômicos**

- **Desnutrição:** Agrava o quadro clínico de infecções e outras doenças, afetando o sistema imunológico das crianças.
- **Condições de Vida Precárias:** Falta de acesso a água potável, saneamento básico, e serviços de saúde contribui para a alta mortalidade infantil, principalmente em áreas rurais e regiões mais pobres do país.

#### **Malformações Congênitas**

- Algumas anomalias congênitas graves, como defeitos cardíacos, são causas significativas de mortalidade infantil, especialmente quando o diagnóstico precoce e o tratamento são inadequados.

#### **Fatores Relacionados ao Cuidado Materno**

- **Falta de Pré-natal Adequado:** O acompanhamento médico durante a gravidez é essencial para identificar riscos e prevenir complicações.
- **Gravidez na Adolescência:** Gestações em adolescentes podem ter mais complicações devido à imaturidade do corpo e falta de cuidados adequados.

Embora a taxa de mortalidade infantil no Brasil tenha caído nas últimas décadas devido a melhorias no sistema de saúde e políticas públicas, ainda há desafios que persistem, especialmente em regiões mais vulneráveis, como o Norte e o Nordeste. Isso reflete desigualdades regionais no acesso a serviços de saúde, saneamento básico e infraestrutura.

No município de Uberlândia, onde os serviços de saúde pública são mais estruturados, é possível assegurar a continuidade de cuidados materno-infantis de qualidade. A implementação de políticas públicas de saúde, campanhas de vacinação e acompanhamento contínuo do serviço de saúde são fundamentais para manter e melhorar esses indicadores, especialmente no contexto de municípios que investem em infraestrutura e monitoramento constante.

Esses esforços contribuem diretamente para a redução da mortalidade infantil, principalmente quando combinados com saneamento básico e acesso a tratamentos de saúde preventivos e curativos para mães e crianças.

A redução da mortalidade infantil está diretamente ligada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que visam garantir a universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde:

- **Universalidade:** Assegurar acesso à saúde para toda a população, sem discriminação ou restrições.
- **Equidade:** Oferecer cuidados proporcionais às necessidades de cada indivíduo, reconhecendo que alguns podem necessitar de mais apoio do que outros.
- **Integralidade:** Proporcionar um atendimento abrangente que considere não apenas as doenças, mas também os determinantes

sociais da saúde. Isso inclui promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

- **Participação Social:** Incentivar a participação da comunidade na formulação e no controle das políticas de saúde.
- **Descentralização:** Estruturar ações e serviços para que estejam mais próximos da população.
- **Regionalização:** Organizar os serviços de saúde em regiões, visando otimizar recursos e facilitar o acesso aos serviços necessários.

Importante reconhecer as dificuldades atuais a serem enfrentadas para que todas as crianças tenham um início saudável na vida.

Levantamos questões importantes e abrangentes sobre a redução da mortalidade infantil e os desafios no município de Uberlândia, destacando aspectos estruturais, sociais e de processos. É fundamental entender como o SUS, com seus princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação social, pode ser um pilar essencial nessa luta.

#### **Princípios do SUS na Redução da Mortalidade Infantil:**

- **Universalidade:** Todas as gestantes devem ter acesso aos cuidados essenciais para um pré-natal de qualidade, independentemente de sua condição socioeconômica.
- **Equidade:** Garantir atenção especial às gestantes em situação de vulnerabilidade, incluindo as de idade avançada ou com comorbidades como obesidade, diabetes e hipertensão, visando reduzir os riscos tanto para a mãe quanto para o bebê.
- **Integralidade:** A abordagem integral à saúde da mulher e do recém-nascido deve incluir a prevenção de doenças, a promoção de saúde e o tratamento adequado, levando em consideração não apenas o atendimento médico, mas também os determinantes sociais.

#### **Alguns pontos a mais que podem contribuir para fragilidades no município de Uberlândia.**

##### **Desafios Estruturais:**

Implementar as tecnologias médicas como por exemplo na maior disponibilidade de ultrassonografia e ressonância magnética, assim como a educação continuada dos profissionais de saúde principalmente RPA, tudo isso é essencial para diagnósticos mais precisos e atendimento adequado, especialmente em casos de alto risco.

##### **Determinantes Sociais:**

A promoção de uma sociedade mais saudável, com enfoque na prevenção de doenças como a obesidade e o estímulo ao planejamento reprodutivo, é essencial para reduzir complicações na gravidez. Além disso, o tratamento adequado de comorbidades antes e durante a gestação, como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, pode reduzir significativamente os riscos de complicações que afetam a saúde materna e infantil.

##### **Fragilidades de Processos e Protocolos de Pré-Natal:**

A melhoria na comunicação em rede e na capacitação dos profissionais é crucial. Reforçar a aplicação de protocolos estabelecidos,

como o rastreamento precoce de pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e infecções do trato urinário, além da busca ativa de gestantes para garantir a adesão ao pré-natal, são medidas fundamentais para reduzir complicações e prevenir mortes evitáveis.

A atenção especial à identificação precoce de riscos, como obesidade materna e hipertensão, pode evitar o desenvolvimento de condições graves durante a gravidez, como a pré-eclâmpsia. Além disso, melhorar o fluxo de encaminhamento para serviços especializados, como o PNAR HC-UFU, garantirá um atendimento mais rápido e eficaz.

### **Participação Social e Descentralização:**

Envolver a comunidade e as gestantes no planejamento e controle das políticas de saúde é uma estratégia importante para garantir que os serviços estejam alinhados com as necessidades locais.

Sugestões e ações, além de fortalecerem a estrutura do sistema de saúde, podem ajudar a reduzir os índices de mortalidade materna e infantil, tornando o cuidado mais acessível e eficaz, especialmente nas regiões mais vulneráveis.

A Vigilância epidemiológica juntamente com o Comitê de Mortalidade Materno Infantil reforça o Checklist para as equipes de saúde com recomendações diárias que devem ser reforçadas para o pré-natal e que são fundamentais para garantir uma assistência de qualidade às gestantes, com o objetivo de prevenir complicações e melhorar os desfechos maternos e neonatais. Essas ações visam garantir uma atenção pré-natal integral e a redução de riscos associados à gestação.

- **Monitoramento e Avaliação Contínua:** Acompanhar de perto a gestante, revisando seus antecedentes obstétricos e exames conforme necessário.
- **Solicitação de Exames e Testagem de Parceiros:** Pedir exames no momento oportuno e realizar testagens nos parceiros para doenças infecciosas e outras condições relevantes.
- **Orientações sobre Hábitos de Vida:** Encorajar a cessação de tabagismo, consumo de álcool e uso de drogas ilícitas.
- **Planejamento Familiar e Vulnerabilidades Sociais:** Orientar sobre planejamento familiar e identificar possíveis vulnerabilidades sociais.
- **Prevenção e Diagnóstico da Pré-Eclâmpsia:** Reforçar a importância da pré-eclâmpsia como causa de mortalidade materna e infantil. Aplicar ações para o rastreio precoce e seguir protocolos de diagnóstico, prevenção e tratamento.
- **Acessibilidade ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR):** Garantir acesso rápido e prioritário ao PNAR quando necessário, otimizando o encaminhamento para assistência adequada.
- **Avaliação de Riscos de Pré-Eclâmpsia:** Monitorar fatores de risco como obesidade materna, IMC elevado, níveis de pressão arterial altos e presença de edema para diagnóstico precoce.
- **Crítérios para Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):** Discutir e revisar critérios diagnósticos de DMG, incluindo o uso de hemoglobina glicada para monitoramento em gestantes.
- **Condução de Amniorrexe Prematura:** Avaliar as consequências

clínicas da amniorrexe prematura e as condutas adequadas para sua gestão.

- **Medida do Colo Uterino:** Solicitar e realizar a medida do colo uterino para o diagnóstico de colo curto e tratamento com cerclagem, quando indicado.
- **Tratamento de Infecções do Trato Urinário (ITU):** Seguir protocolo de tratamento de ITU, com rastreamento, monitoramento e busca ativa, incluindo a repetição de exames como EAS e urocultura.

## TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

A **taxa de mortalidade infantil** é um indicador demográfico que mede o número de crianças que morrem antes de completar um ano de vida, em relação ao total de nascidos vivos, em um determinado período (geralmente por 1.000 nascimentos). Ela é um parâmetro importante para avaliar as condições de saúde, qualidade de vida e o desenvolvimento social de um país ou região, município.

A TMI é um indicador utilizado para mensurar a mortalidade infantil a partir da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de óbitos de crianças com menos de 1 ano de vida}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 1.000$$

A taxa de mortalidade infantil é um indicador importante para avaliar a qualidade de vida e as condições de saúde de uma população.

A análise dos dados de 2021 revela que, no Brasil, a taxa de mortalidade infantil foi de **11,9 mortes por 1.000 nascidos vivos**, enquanto em Minas Gerais foi um pouco menor, com **9,6 mortes por 1.000 nascidos vivos**. Uberlândia, por sua vez, teve uma taxa de **8,7 mortes por 1.000 nascidos vivos**, mostrando uma situação ainda mais positiva.

Essas diferenças entre o Brasil, Minas Gerais e Uberlândia podem ser atribuídas a uma série de fatores, como a infraestrutura de saúde, acesso a serviços médicos, políticas públicas e condições socioeconômicas regionais. Em geral, áreas urbanas ou metropolitanas tendem a ter melhor acesso a cuidados de saúde, o que resulta em taxas de mortalidade infantil mais baixas em comparação com áreas rurais ou menos desenvolvidas.

Além disso, essas taxas podem oscilar anualmente, dependendo de intervenções governamentais, programas de saúde pública e mudanças socioeconômicas.

A **Tabela 2** - Série Histórica da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) apresenta os dados de nascidos vivos (NV residentes), óbitos de residentes e a TMI para os anos de 2006 a 2024 no município de Uberlândia - MG.

Em 2006, foram registrados 7.899 nascidos vivos e 94 óbitos, resultando em uma TMI de 11,9. No ano seguinte, 2007, houve um pequeno aumento tanto no número de nascimentos (8.006) quanto de

óbitos (99), elevando a TMI para 12,4. Em 2008, apesar de um aumento nos nascimentos (8.139), houve uma redução no número de óbitos (94), o que fez a TMI cair para 11,5. O ano de 2009 registrou um aumento significativo na TMI, alcançando 13,3, com 8.338 nascimentos e 111 óbitos. Entretanto, em 2010, a TMI reduziu para 11,3, acompanhando uma queda no número de óbitos para 95, com 8.410 nascimentos.

A partir de 2011, a tendência foi de queda na TMI, chegando ao menor valor em 2013, quando a taxa atingiu 8,4, com 9.003 nascimentos e 76 óbitos. Esse movimento de queda foi interrompido em 2014, quando a TMI subiu para 10,0, devido ao aumento no número de óbitos (95), embora o número de nascimentos também tenha crescido para 9.425.

Nos anos seguintes, de 2015 a 2017, a TMI oscilou em torno de 8,7 a 9,0, com variações no número de nascimentos e óbitos. Em 2018, a TMI voltou a 10,0, mantendo-se próxima disso em 2019. Já em 2020, observou-se uma redução significativa na TMI, que caiu para 8,2, com um número de óbitos relativamente baixo (74).

Entre 2021 e 2023, a TMI oscilou entre 8,4 e 10,32. O ano de 2023, em particular, viu uma alta na TMI para 10,32, apesar de um número de nascimentos e óbitos semelhantes aos dos anos anteriores. Em 2024 dados até setembro, com número de nascimentos (6.010), o número de óbitos ainda sem fechar o ano (63), resultando em uma TMI de 10,5.

Esse panorama mostra que, embora tenha havido uma tendência geral de queda na TMI ao longo do período, há anos em que a taxa voltou a subir, sendo os anos mais recentes marcados por oscilações, sobretudo após 2023.

**Tabela 2** - Série Histórica da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), residentes Uberlândia -MG.

SÉRIE HISTÓRICA TMI			
ANO	NV residentes	ÓBITO residentes	TMI
2006	7899	94	11,9
2007	8006	99	12,4
2008	8139	94	11,5
2009	8338	111	13,3
2010	8410	95	11,3
2011	8564	91	10,6
2012	8570	76	8,9
2013	9003	76	8,4
2014	9425	95	10,0
2015	9673	84	8,7
2016	9313	102	11,0
2017	9633	87	9,0
2018	9670	97	10,0
2019	9677	96	9,9
2020	8995	74	8,2
2021	8545	75	8,7
2022	8375	71	8,4
2023	8231	87	10,32
2024	6010	63	10,5

Fonte: Vigilância Epidemiológica/ SIM/ SINASC. \*Dados preliminares até setembro 2024, sujeito a alteração

## DADOS PRELIMINARES DE MORTALIDADE INFANTIL, 2024

Em 2024 tivemos, em Uberlândia - MG, 63 óbitos infantis não fetais e 6.010 nascimentos, resultando em uma taxa preliminar de 10,5 óbitos/1.000 NV, conforme observa-se no **Gráfico 04**.

**Gráfico 4** – Número absoluto óbitos não fetais infantis, ano 2024\*, residentes Uberlândia -MG



Fonte: Vigilância Epidemiológica/ SIM/ SINASC. \*Dados preliminares até setembro 2024, sujeito a alteração.

Com base nos dados apresentados no **Gráfico 5** sobre o número de óbitos infantis, não fetais e fetais por idade da mãe, podemos identificar as seguintes tendências.

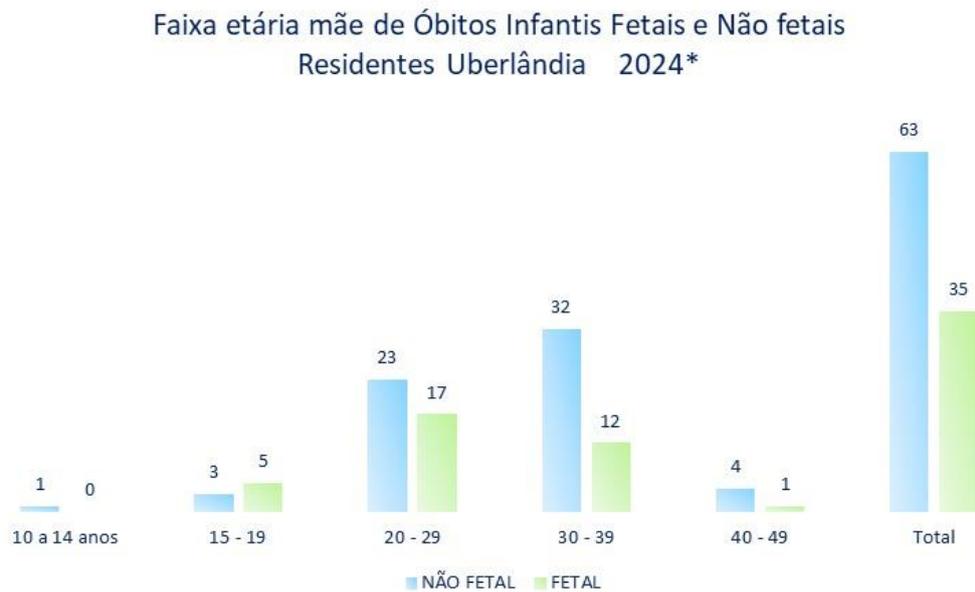
Nos óbitos **NÃO FETAIS** a faixa etária com mais óbitos não fetais é a de 30 a 39 anos, com 32 ocorrências, a segunda maior faixa é a de 20 a 29 anos, com 23 ocorrências, as faixas de 40 a 49 anos e 15 a 19 anos apresentam números menores, com 4 e 3 óbitos, respectivamente e apenas 1 óbito na faixa de 10 a 14 anos.

Nos **ÓBITOS FETAIS** a faixa etária com mais óbitos fetais é a de 20 a 29 anos, com 17 ocorrências, a segunda maior faixa é a de 30 a 39 anos, com 12 óbitos, as faixas de 15 a 19 anos e 40 a 49 anos têm menos óbitos fetais, 5 e 1, respectivamente, não há óbitos fetais registrados na faixa de 10 a 14 anos.

Foram registrados 63 óbitos não fetais e 35 óbitos fetais, totalizando 98 óbitos até setembro de 2024.

Esses dados revelam uma tendência clara de maior número de óbitos, tanto fetais quanto não fetais, entre mulheres nas faixas etárias de **20 a 39 anos**, o que reflete os principais anos reprodutivos.

**Gráfico 5** – Número de óbitos infantis fetal e não fetal por idade da mãe ano 2024\*, residentes Uberlândia -MG



Fonte: Vigilância Epidemiológica/ SIM. \*Dados preliminares até setembro 2024, sujeito a alteração

No **Gráfico 6** a análise dos óbitos infantis até setembro de 2024 por raça/cor e faixa etária, mostra uma distribuição que pode ser interpretada para identificar tendências e possíveis áreas de intervenção em saúde pública.

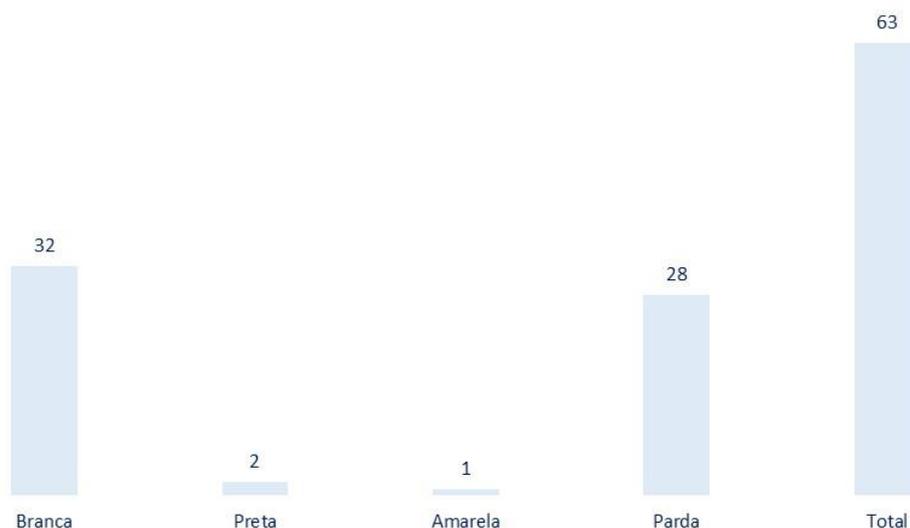
A maioria dos óbitos ocorreu entre recém-nascidos com menos de 7 dias de vida, totalizando 42 óbitos (66,67% do total). As crianças de cor branca (23 óbitos) e parda (17 óbitos) concentram a maior parte desses casos.

Óbitos por cor branca é o grupo com o maior número absoluto de óbitos (32), especialmente na faixa < 7 dias. A cor parda também apresenta uma alta mortalidade infantil (28), com distribuição relativamente semelhante às crianças brancas, mas com uma concentração um pouco maior nos óbitos após 28 dias. A cor preta e amarela apresenta números muito reduzidos de óbitos, sendo 2 óbitos entre os pretos e 1 entre os amarelos, sugerindo uma menor representatividade dessas populações nos dados ou possível subnotificação.

As diferenças na mortalidade entre as diferentes raças e cores sugerem que fatores sociais e econômicos podem estar influenciando os resultados, sendo importante um acompanhamento mais próximo das populações com maior vulnerabilidade.

**Gráfico 6** - Número de óbitos infantis por raça/cor ano 2024\*, residentes Uberlândia – MG

**Número de óbitos infantis por raça/cor 2024\*  
Residentes Uberlândia – MG**



Fonte: Vigilância Epidemiológica/ SIM. \*Dados preliminares até setembro 2024, sujeito a alteração

O levantamento de óbitos não fetais em menores de 1 ano residentes em Uberlândia-MG está dividido por causas de morte de acordo com os capítulos da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e por faixas etárias (<7 dias, 7-27 dias, 28 dias - <1 ano). Com o total de 63 óbitos com distribuição por Capítulo da CID-10, conforme **Tabela 3**.

A maior causa de óbitos está relacionada às afecções originadas no período perinatal, principalmente nos primeiros 7 dias de vida.

**Tabela 3** – Causa óbitos não fetais Cap CID 10 menores de 01 ano, residentes Uberlândia -MG

Causa (Cap CID10)	< 7d	7 - 27	28d-<1	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	2	2
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	1	1
X. Doenças do aparelho respiratório	0	1	2	3
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	1	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	31	6	1	38
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	11	3	2	16
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	2	2
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>63</b>

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). \*Dados preliminares até setembro 2024, sujeito a alteração

Os dados da **Tabela 4** referem-se ao número de óbitos fetais de residentes em Uberlândia no ano de 2024, classificados por grupos de causas conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) com o total de 36 óbitos fetais em 2024.

Esses dados destacam que a maior parte dos óbitos fetais (30 de 36) está relacionada a afecções originadas no período perinatal e nos

forneem uma visãõ valiosa para o desenvolvimento de polítics de saúde infantil mais direcionadas, com especial atençãõ ao período neonatal.

**Tabela 4** – Causa óbitos fetais Cap CID 10 menores de 01 ano, residentes Uberlândia -MG. **Óbitos FETAIS, residentes em Uberlândia segundo Causa (Cap CID10). Ano 2024**

Causa (Cap CID10)	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	30
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5
<b>Total</b>	<b>36</b>

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). \*Dados preliminares até setembro 2024, sujeito a alteração

## INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL

A **investigação do óbito infantil e fetal** é um processo essencial para entender as causas e circunstâncias das mortes de bebês (infantis) e fetos. Essa investigação visa, principalmente, identificar fatores de risco, problemas de saúde pública e possíveis inconformidades no atendimento médico ou no acompanhamento da gestação.

### Objetivos da Investigação

- Identificar a causa da morte para entender se a causa foi natural, evitável ou associada a algum fator externo.
- Avaliar se há uma concentração de óbitos em determinadas áreas geográficas, faixas etárias ou grupos populacionais, que possam indicar a necessidade de intervenções de saúde pública.
- Propor ações de prevenção a partir dos dados coletados
- Elaborar recomendações e ações para reduzir a mortalidade infantil e fetal no futuro.
- **"Acolher a família"**

*Acolher a família e prestar apoio é um dos passos mais importantes em uma investigação de óbito, seja ele materno, infantil, fetal ou relacionado a outras situações de saúde. Além disso, durante a investigação, é crucial oferecer suporte emocional, escutar suas dúvidas e preocupações, e fornecer informações claras sobre o processo investigativo. A empatia é essencial, pois a perda de um ente querido é uma situação de grande fragilidade.*

*Identificar riscos remanescentes, avaliando possíveis riscos de saúde que ainda possam afetar a família ou a comunidade, como fatores genéticos, condições de saúde que possam estar presentes em outros membros da família, ou riscos ambientais. Fazer uma análise do contexto clínico e social, verificando se houve inconformidades nos serviços de saúde, condições socioeconômicas adversas, ou outros fatores que possam ter contribuído para o óbito.*

### Fatores a serem investigados

- Condições de saúde da mãe, doenças pré-existentes, histórico obstétrico, cuidados pré-natais, idade materna, entre outros.
- Exames e acompanhamento pré-natal, complicações durante a gravidez, uso de medicamentos, estilo de vida (tabagismo, consumo de álcool, etc.).
- Avaliação de possíveis complicações durante o parto, como prematuridade, uso de instrumentos ou intervenções de emergência.
- Situação socioeconômica da família, acesso a serviços de saúde, qualidade do atendimento médico.
- História clínica do bebê/feto. Para óbitos infantis, o histórico de doenças ou problemas de saúde desde o nascimento.

### Etapas da investigação

- Notificação e registro do óbito. É de notificação compulsória.
- Análise detalhada dos registros da gestação, parto e pós-parto. Revisão de prontuários.
- Entrevista com a família
- Exame post-mortem como a necropsia ou autópsia
  - Análise multidisciplinar

Óbitos **INFANTIS NÃO FETAIS** referem-se às mortes que ocorrem após o nascimento, geralmente classificadas em dois grandes grupos, mortalidade neonatal e mortalidade pós-neonatal. A **mortalidade neonatal** abrange as mortes que ocorrem dentro dos primeiros 27 dias de vida. Essa fase é subdividida em mortalidade **neonatal precoce** a morte que ocorre nos primeiros 6 dias de vida, a **mortalidade neonatal tardia** a morte entre 7 e 27 dias de vida e a **mortalidade pós-neonatal** inclui as mortes que ocorrem entre 28 dias e 1 ano de idade.

Conforme o **Gráfico 07** dos óbitos infantis não fetais (ou seja, aqueles que ocorrem após o nascimento e até um ano de idade), observa-se a distribuição percentual entre causas evitáveis, não evitáveis, inconclusivas e em análise, podemos analisar que a maioria dos óbitos infantis registrados (58,7%) é considerada evitável. Isso significa que essas mortes poderiam ter sido prevenidas com intervenções adequadas, de acordo com cada situação analisada e investigada.

Com um percentual significativo (22,2%) dos óbitos não pode ser evitado. Essas mortes provavelmente estão associadas a condições intrínsecas ou genéticas, malformações severas, ou situações que não são preveníveis com os cuidados de saúde disponíveis atualmente.

Com percentual pequeno (3,1%) corresponde a casos em que a causa da morte não pôde ser determinada claramente.

Os óbitos que estão ainda sob investigação correspondem a 16,0%. Esse número pode diminuir à medida que se concluem as investigações e podem ser redistribuídos entre as categorias de evitáveis, não evitáveis ou inconclusivos. O percentual de casos "em análise" todos já foram investigados, faltando somente a finalização do processo.

**Gráfico 07** – Percentual óbitos infantis não fetais por evitabilidade, residentes Uberlândia -MG

% ÓBITOS NÃO FETAIS MENORES DE 1 ANO  
RESIDENTES EM UBERLÂNDIA. JAN - SET 2024



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). \*Dados preliminares até setembro 2024, sujeito a alteração.

Óbitos **FETAIS** referem-se à morte de um feto durante a gestação ou antes da sua expulsão completa do corpo da mãe. Existem diferentes classificações de óbito fetal, dependendo do tempo gestacional em que ocorrem. O óbito fetal precoce quando a morte do feto ocorre antes de 20 semanas de gestação, o óbito fetal tardio quando a morte do feto ocorre entre 20 e 27 semanas de gestação e o óbito fetal acontece após 28 semanas de gestação.

A prevenção dos óbitos fetais envolve cuidados pré-natais adequados, tratamento de doenças maternas e acompanhamento contínuo da gestação.

Conforme o **Gráfico 08** sobre os óbitos fetais, podemos fazer uma análise a partir das diferentes categorias apresentadas. A maioria dos óbitos fetais foi considerada evitável, representando mais da metade (57,1%) do total. Esses óbitos podem ter ocorrido devido a causas que poderiam ter sido prevenidas por melhores condições de saúde materna, cuidados pré-natais adequados, intervenções médicas oportunas ou fatores socioeconômicos melhorados. Ações são disseminadas demonstrando a necessidade de ações direcionadas à melhoria da prevenção e do atendimento materno-infantil.

Uma parcela menor, 14,3%, corresponde a óbitos fetais que, de acordo com o **Gráfico 11**, não poderiam ser evitados. Esses casos geralmente são relacionados a condições congênitas graves ou outros fatores inevitáveis. Embora seja uma porcentagem menor, isso reflete uma fatia de óbitos em que as intervenções médicas ou sociais teriam pouca ou nenhuma eficácia.

A categoria Óbitos fetais inconclusivos representa uma pequena porcentagem (2,9%) de casos em que não foi possível concluir se os

óbitos poderiam ter sido evitados ou não.

Quase um quarto dos óbitos fetais (25,7%) ainda está sob análise, portanto todos já foram investigados, faltando somente a finalização do processo.

**Gráfico 08** – Percentual óbitos fetais por evitabilidade, residentes Uberlândia -MG.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). \*Dados preliminares até setembro 2024, sujeito a alteração

### **Comitê Municipal de Vigilância e Prevenção de Óbitos da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CVPOMIF)**

A atuação do Comitê Municipal de Vigilância e Prevenção de Óbitos da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CVPOMIF) no município de Uberlândia é um exemplo importante na redução de óbitos evitáveis. Através da integração com a Atenção Primária, o comitê busca não apenas investigar as causas dos óbitos, mas também propor soluções práticas.

As visitas realizadas nas unidades de saúde — primária, secundária, terciária, pública ou privada — são um elemento central desse trabalho. Elas promovem uma análise colaborativa e multidisciplinar das inconformidades encontradas, envolvendo toda a equipe de saúde.

Esse processo de análise integrada vai além de um simples preenchimento de relatórios. As visitas têm como objetivo criar uma reflexão conjunta entre as equipes e a Vigilância em Saúde, para que melhorias possam ser identificadas e implementadas de forma eficaz.

Essa abordagem coordenada permite que ações concretas sejam tomadas em resposta às causas dos óbitos, unindo esforços entre Vigilância, comitês e assistência, criando um ambiente propício à busca por soluções que previnam novos óbitos.

Dessa forma, o CVPOMIF não apenas monitora as ocorrências, mas age de maneira ativa na prevenção e promoção de melhorias contínuas no sistema de saúde.

O Comitê de Vigilância e Prevenção dos Óbitos Maternos, Infantis e Fetais (CVPOMIF) tem como objetivo principal monitorar e reduzir as taxas de mortalidade materna, infantil e fetal. Para isso, ele realiza uma série de ações, incluindo:

**Investigação dos óbitos** com análise de óbitos não fetais (até 1 ano de idade) e fetais; monitoramento contínuo das ocorrências; coleta e análise de dados, com cálculo das taxas de mortalidade (globais e específicas) para os períodos neonatal e pós-natal.

**Atividades em grupo e relatórios** com reuniões regulares com o grupo executivo para avaliação e discussão; elaboração de relatórios para divulgar informações importantes para gestores e setores da saúde.

**Devolutiva de resultados** com compartilhamento dos resultados das investigações concluídas com as unidades básicas de saúde; estímulo à discussão entre coordenadores e responsáveis pelas ações de saúde.

Essas investigações permitem caracterizar o perfil dos óbitos, identificar causas principais, avaliar o impacto da prematuridade e da mortalidade nas primeiras 24 horas de vida, analisar a evitabilidade dos óbitos e identificar fragilidades na assistência. Com essas informações, o comitê desenvolve recomendações que apoiam as discussões e análises para aperfeiçoar a qualidade da atenção à saúde, com o objetivo final de reduzir as taxas de mortalidade.

### **Considerações de dados de mortalidade infantil-CVPOMIF Municipal janeiro a agosto 2024**

A distribuição de óbitos infantis no município desde 2011, com foco nos períodos neonatal e perinatal evidencia que a maioria dos óbitos infantis ocorre no período neonatal (82,54%), com concentração significativa no neonatal precoce (68,25%) e especialmente nas primeiras 24 horas de vida (36,50%).

Esses óbitos precoces estão associados principalmente a causas obstétricas, complicações no parto e condições do período neonatal precoce. Por isso, torna-se possível e estratégico intervir nesses momentos críticos — pré-natal, parto e cuidados na primeira semana de vida para reduzir a mortalidade infantil.

O cálculo dos óbitos evitáveis é fundamental, uma vez que eles representam uma área com alto potencial de intervenção.

### **Caracterização do perfil dos óbitos de janeiro a setembro de 2024**

- Nascidos Vivos = 6.010
- Total de óbitos infantis não fetais = 63
- TMI = 10,48

**Tabela 5** – Caracterização do perfil dos óbitos de janeiro a setembro de 2024, residentes Uberlândia -MG.

Parâmetro	Nº óbitos	TMI (e)	% entre Óbitos
Total óbitos neonatal	52	8.65	82.54%**
Total óbitos neoprecoce	43	7.15	68.25%**
Total óbitos neotardio	9	1.5	14.29%**
Total óbitos 1 <sup>as</sup> 24h	23	3.83	36.50%
Total óbitos pós neonatal	11	1.83	17.46%**
Total óbitos perinatal	78	12.90	79.59%***
Total óbitos fetais	35	5.79	35.71%***

Fonte: Vigilância Epidemiológica/ SIM.\*Dados preliminares até setembro 2024, sujeito a alteração

\* inclui 3 óbitos de residente no município ocorridos fora (FDM)

\*\*em relação ao nº óbitos não fetais

\*\*\*em relação ao nº óbitos ocorridos no período perinatal pelo nº de nascidos. Total (fetal + NV) /nº óbitos fetais ocorridos pelos nº de nascidos total) (Fetais + NV)

## O IMPACTO DA PREMATURIDADE

A prematuridade é um dos fatores mais significativos para a mortalidade infantil (MI). Os óbitos de bebês prematuros representam a maior parcela da mortalidade infantil (MI) no período estudado (67,80% dos óbitos não fetais), sendo a maioria concentrada no período neonatal (64,40%) e neonatal precoce (54,24%). Com impacto nos Períodos Neonatal e Neonatal Precoce. Esses períodos são críticos para os prematuros, indicando que as primeiras semanas após o nascimento são as mais desafiadoras, especialmente para os bebês nascidos antes do tempo adequado de gestação.

Os óbitos evitáveis representam quase metade (49,15%) dos óbitos prematuros, ressaltando a importância de intervenções na gravidez, pré-natal e no parto. Medidas focadas nesses aspectos podem reduzir significativamente a mortalidade infantil.

A prematuridade é um desafio para a redução da mortalidade infantil. As políticas e ações voltadas à atenção pré-natal e ao cuidado neonatal precoce são essenciais para uma abordagem eficaz. A mortalidade infantil global para óbitos não fetais é de 10,96, enquanto a mortalidade global para óbitos pré-termo é de 7,43. Essas taxas sublinham o impacto desproporcional da prematuridade na MI, evidenciando a necessidade de focar em ações preventivas para a redução dos nascimentos prematuros.

A redução da prematuridade, com ênfase em cuidados pré-natais e suporte neonatal precoce, é vital para diminuir a mortalidade infantil. Priorizar essas ações pode permitir uma redução significativa dos óbitos entre bebês prematuros, especialmente em relação aos evitáveis, otimizando o planejamento e a implementação de políticas de saúde.

Os dados, a seguir, referem-se a prematuridade entre óbitos ocorridos. Os dados apresentados são coletados dos casos de óbitos não fetais após a finalização e conclusão das investigações realizadas pelo CVPOMIF, que propiciam dados de evitabilidade e do diagnóstico das causas básicas, mais fidedignas sendo, por isso, mais úteis com análises

de maior probabilidade de acerto para direcionar a elaboração de ações mais eficazes.

- Total nascidos vivos no período = 5.381
- Total óbitos não fetais = 59

**Tabela 6** – Caracterização dos óbitos Prematuros de janeiro a agosto de 2024, residentes Uberlândia -MG

Parâmetro	Total	% entre total óbitos	% óbitos pré-maturos da TMI(g)
Total de óbitos pré-termo	40	67.80%	-----
Total de óbitos pré-termo neonatal	38	64.40%	-----
Total de óbitos pré-termo neoprecoce	32	54.24%	-----
Taxa mortalidade infantil global de óbitos não fetais	10.96	-----	-----
Taxa mortalidade global de óbitos pré-termos	7.43	-----	67.80%
Taxa mortalidade global de óbitos pré-termos neonatal	7.06	-----	64.42%
Total de óbitos pré-termo óbitos evitáveis	29	49.15%	-----
Taxa mortalidade infantil específico pré-termo evitáveis	5.39	-----	49.18%

Fonte: Vigilância Epidemiológica/ SIM. \*Dados preliminares até agosto 2024, sujeito a alteração

Esses pontos destacam informações importantes sobre a mortalidade infantil (MI) relacionada à prematuridade:

- **Óbitos por prematuridade:** Eles representam a maior proporção na taxa de mortalidade infantil.
- **Período neonatal:** A maioria das mortes por prematuridade ocorre durante o período neonatal, especialmente no neonatal precoce.
- **Componentes principais:** A mortalidade infantil tem na prematuridade seu maior componente, evidenciado pela alta taxa seletiva e específica de prematuridade.
- **Redução da prematuridade:** Reduzir a prematuridade é essencial e um desafio significativo para diminuir a MI.
- **Óbitos evitáveis de prematuros:** Constituem um alvo fundamental para as intervenções na redução da MI.
- **Ações prioritárias:** Envolvem cuidados na gravidez, pré-natal, parto e o período neonatal precoce.

Esses elementos apontam para a importância de políticas públicas e ações de saúde voltadas ao cuidado pré e neonatal como forma de reduzir a mortalidade infantil.

## EVITABILIDADE

Óbitos evitáveis são aqueles que possuem potencial de prevenção, sendo fundamentais para estratégias de saúde pública voltadas à redução da mortalidade infantil e à qualificação dos cuidados. Eles representam uma parcela significativa dos óbitos, sendo 65,52% do total. Esses óbitos ocorrem em diferentes períodos, com maior prevalência no período

neonatal, que representa 89,47% dos óbitos evitáveis e 58,62% do total de óbitos.

No período neonatal, a maioria dos óbitos evitáveis (71,05%) ocorre na fase neonatal precoce, que corresponde a 79,41% dos neonatais evitáveis e 46,55% dos óbitos evitáveis totais. Destaca-se também que os óbitos nas primeiras 24 horas de vida são elevados, com 39,47% entre os evitáveis, 44,12% dos neonatais evitáveis e 25,86% do total de óbitos.

A análise e valorização dos óbitos evitáveis são essenciais, pois possuem um alto potencial de prevenção. O conhecimento das causas básicas de mortalidade infantil é de suma importância para direcionar ações de saúde. Fatores como condições socioeconômicas, nutricionais, saúde pré-gestacional da mulher, tabagismo materno, além de questões emocionais, psiquiátricas e de violência contra a mulher também devem ser considerados, pois interferem diretamente nos resultados e nas estratégias de prevenção.

Para o período de janeiro a agosto de 2024, com 58 óbitos de residentes de Uberlândia (MG) apurados e concluídos até o momento, segue a análise conforme a classificação dos óbitos:

Total de óbitos não fetais ocorridos: 59

- Óbitos concluídos: 58 (98,30% do total)
- Nascidos vivos: 5.381

**Tabela 7** – Caracterização perfil dos óbitos evitáveis de janeiro a agosto de 2024, residentes Uberlândia -MG

Tipo de óbito	Total de óbitos	%/óbitos/total(58*/apurados)
Óbitos evitáveis	38	65.52 %
Óbitos não evitáveis	17	29.31 %
Óbitos mal definidos/ inconclusivos	3	5.17 %

\*falta finalizar 1 caso de óbito ocorrido fora do município

Fonte: Vigilância Epidemiológica/ SIM.\*Dados preliminares até agosto 2024, sujeito a alteração

Esse levantamento é essencial para identificar áreas de intervenção que podem reduzir óbitos evitáveis e melhorar a assistência em saúde.

### **Evitabilidade - Óbitos Evitáveis de janeiro a agosto/ 2024**

Total de óbitos apurados = 58\* (98.30%)

Total de óbitos evitáveis: 38 (65.52%)

Total de óbitos neo evitáveis: 34

**Tabela 8** – Caracterização perfil dos óbitos evitáveis e neo evitáveis por período de janeiro a agosto de 2024, residentes Uberlândia -MG

Período	Total óbitos evitáveis	% entre óbitos Evitáveis	% entre óbitos neo evitáveis	% entre óbitos totais apurados: 58*
Neonatal	34	89.47%	100%	58.62%
Neo precoce	27	71.05%	79.41%	46.55%
Neo tardio	7	18.42%	20.59%	12.07%
Óbitos 1ªs24h	15	39.47%	44.12%	25.86%
Pós-neonatal	4	10.53%	-----	6.90%

\*falta finalizar 1 caso de óbito ocorrido fora do município

Fonte: Vigilância Epidemiológica/ SIM. \*Dados preliminares até agosto 2024, sujeito a alteração

## DIAGNÓSTICOS DAS CAUSAS BÁSICAS DOS ÓBITOS EVITÁVEIS

No período entre 2021,2022,2023 até o 1º quadrimestre do ano 2024 a causa básica (1º) diagnóstica mais frequente foi síndrome hipertensiva/ pré-eclâmpsia. Neste último quadrimestre não ocorreu nenhum óbito por esta causa.

Este dado destaca um avanço importante na saúde materna e neonatal, principalmente em relação ao controle da síndrome hipertensiva/pré-eclâmpsia, uma das causas significativas de mortalidade materna.

Observa-se que, graças às recomendações do comitê para o reconhecimento precoce dessa condição, não houve mortes causadas por essa síndrome no último quadrimestre analisado. Esse dado positivo aponta que a detecção e as intervenções precoces foram efetivamente aplicadas pelos profissionais da rede, o que reforça a importância da vigilância e da qualificação dos cuidados no pré-natal.

Além disso, os óbitos evitáveis concentram-se nas primeiras 24 horas de vida, em grande parte relacionados a prematuridade e problemas no pré-natal e parto. Esse perfil de causas é consistente com as áreas de risco no período neonatal precoce e no parto, e a abordagem do comitê em identificar as causas básicas como aquelas que desencadeiam a cadeia de eventos que culmina no óbito é estratégica. Isso permite um direcionamento mais preciso das ações preventivas, visando os fatores obstétricos e intervenções no momento certo, como o aprimoramento dos cuidados no pré-natal e atenção ao parto.

A metodologia adotada para não considerar "prematuridade" como causa básica, mas sim como um evento desencadeado por fatores obstétricos, refina o entendimento das causas de óbito e possibilita focar nos alvos de ação mais relevantes para a prevenção.

- Nº óbitos totais: 58
- Nº óbitos EVITÁVEIS: 38 (65.52%/óbitos totais)

**Tabela 9** – Caracterização perfil das causas básicas dos óbitos evitáveis no período de janeiro a agosto de 2024, residentes Uberlândia -MG

Nº óbitos totais: 58			
Nº óbitos EVITÁVEIS: 38 (65.52%/óbitos totais)			
Causas básicas óbitos evitáveis	Nº ÓBITOS Evitáveis	% óbitos evitáveis (38)	% óbito totais (58)
INSUFICIENCIA ISTMO CERVICAL (IIC)	7	18.42%	12.07%
DESCOLAMENTO DA PLACENTA (sendo 1 de causa traumática/queda)	5	13.16%	8.52%
<b>RELACIONADOS COM HIPERTENSÃO MATERNA</b>	4	10.53 %	6.90 %
Pré-eclâmpsia	4	10.53 %	
Síndrome Hellp/ DHEG/ Hipertensão prévia	0	0	
<b>RELACIONADOS A ASFIXIA INTRAPARTO</b> EHI/SAM/INS.HEPATO-RENAL - 3 Asfixia intra parto por Hemorragia materna (durante parto) - 1	4	10.53%	6.90%
RUTURA P. P. MEMBRANAS (RPPMO)	4	10.53%	6.90%
CORIOAMNIONITE	3	7.89%	12.07%
TPP (pós relação sexual/1h) (Premat.Extr. - 1	1	5.26%	8.62%
TPP (asfixia intra útero/Premat.Extr.) - 1	1	5.26%	8.62%
PLACENTA PERCRETA/ACRETISMO (INSUFICIENCIA PLACENTARIA)	1	2.63%	1.72%
DIABETES MELITUS TIPO 2	1	2.63%	1.72%
(ASFIXIA INTRA UTERO/PREMAT.EXT.)	1	2.63%	1.72%
Estresse (intenso) gestante (TPP/premat.)	1	2.63%	1.72%
Tabagismo materno (Insuficiência placent.	1	2.63%	1.72%
MPVMF/DPP/Premat.ext.)	1	2.63%	1.72%
PIELONEFRITE MATERNA	1	2.63%	1.72%
DENGUE (Sepses bacteriana/choque	1	2.63%	1.72%
BRONCOASPIRAÇÃO LACTEA (SMSL)	2	5.26%	8.62%
PNEUMONIA BACTERIANA	1	2.63%	1.72%
*Causas pré-natal, obstétricas e parto	34	89,47%	58,62%

Fonte: Vigilância Epidemiológica/ SIM.\*Dados preliminares até agosto 2024, sujeito a alteração

## OS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEIS (ODS)

Em 2015, em continuidade aos Objetivos de Desenvolvimento do

Milênio (ODM), foram instituídas novas metas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), visando uma agenda global mais abrangente e sustentável. Com foco na mortalidade infantil, o documento "Objetivos do Desenvolvimento Sustentável" das Nações Unidas para o Brasil estabeleceu a meta de, até 2030, reduzir as mortes neonatais evitáveis para até 12 óbitos por 1.000 nascidos vivos.

Essa meta exige monitoramento constante e divulgação dos dados, e, no contexto local, o CVPOMIF municipal realiza o acompanhamento dos objetivos estabelecidos. Em 12 de março de 2024, foi publicada uma análise recente abordando essas metas e destacando a necessidade urgente de acelerar as ações para atingir os ODS, emitindo um alerta global sobre o risco de não se alcançar os objetivos no ritmo atual.

O documento também enfatiza a importância de cuidados essenciais no período neonatal como uma ação prioritária e alerta que a redução da mortalidade neonatal não está avançando de maneira suficiente a nível global. Recomendam-se ações otimizadas e imediatas para evitar a não realização das metas até o prazo final de 2030.

### **Visitas do Comitê nas Unidades Básicas de Saúde (algumas fotos)**



### **Referências:**

[https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_37\\_v2.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf)

<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>

**Autores:**

**Colaboradores**

***Alessandra Borges de Rezende Naves - Enfermeira***

***Aloísio Gomide – Médico Relator Ginecologista e Obstetra/ Vice Coordenador do CVPOMIF.***

***Elaize Maria Gomes de Paula - Coordenadora da Vigilância Epidemiológica/Vigilância em Saúde.***

***Gesiane Agostinho Barbosa – Psicóloga***

***Luis Roberto de Almeida – Médico Relator Pediatra/ Coordenador do CVPOMIF***

***Maria Aparecida Gonçalves –Assistente de Serviço Publico***

***Maria das Graças Soares – Médica Relatora***

***Maria Raquel Marques de Sousa Vital – Assistente Social***

***Nara Gomes de Abreu – Enfermeira***

***Rejane da Silva Melo - Médica Veterinária.***

***Wederson Barreto Santana – Oficial Administrativo.***