



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Integral

NOTA TÉCNICA Nº 24/2025-DGCI/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. A presente Nota Técnica tem por objetivo justificar a alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil.

2. **JUSTIFICATIVA**

2.1. As mortalidades materna, fetal e infantil são importantes indicadores da qualidade de vida da população e desenvolvimento humano de um país, pois são eventos, em sua maioria, evitáveis, que apontam para as condições de acesso e assistência à saúde em um determinado território, além de indicarem os efeitos das desigualdades étnico-raciais e socioeconômicas. São eventos multifatoriais e sua análise permite identificar as falhas e lacunas existentes na atenção à saúde.

2.2. O óbito materno é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a morte de mulheres durante a gestação, parto e puerpério, e para caracterização desses óbitos são contabilizadas todas as causas, com exceção das acidentais ou incidentais, independente da duração da gestação. Assim, a razão de morte materna é calculada a partir do número de óbitos de mulheres por causas ligadas ao ciclo gravídico-puerperal em relação a 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2.3. O óbito infantil é definido pela OMS como aquele ocorrido com menores de 1 ano e a taxa de mortalidade infantil (TMI) é calculada pelo número de óbitos infantis por mil nascidos vivos numa população residente por ano considerado. Esta divide-se em mortalidade neonatal precoce, quando o óbito acontece até o 6º dia após o nascimento e mortalidade neonatal tardia, quando o óbito ocorre do 7º ao 27º dia de vida. Por sua vez, a mortalidade pós-neonatal considera os óbitos ocorridos do 28º ao 364º dia de vida. Para cada grupo etário citado, pode-se calcular a taxa de mortalidade específica, considerando como numerador o total de óbitos de cada grupo (neonatal, neonatal precoce, neonatal tardio, pós-neonatal) sobre o total de nascidos vivos no período analisado. A TMI estima o risco de morte dos nascidos vivos durante seu primeiro ano de vida e reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para a atenção à saúde materna e da população infantil.

2.4. A OMS define morte fetal, óbito fetal, perda fetal ou natimorto como a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. A taxa de mortalidade fetal é calculada através do número de óbitos fetais por mil nascimentos totais na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado, e estima o risco de um feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária. O indicador reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles, o peso ao nascer e as condições de acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência ao pré-natal.

2.5. Tais indicadores são importantes para monitorar e avaliar as condições de saúde materna e infantil no país, porém, é necessário analisá-los de forma desagregada para uma intervenção mais eficaz, levando em consideração as diferenças e desigualdades entre as diferentes regiões do país e os efeitos das iniquidades nos resultados de cada território. Por exemplo, a pesquisa “Nascer no Brasil 2” aponta que mulheres negras morrem duas vezes mais que mulheres brancas (Leal et al., 2024), além disso, a mortalidade materna de mulheres brancas diminuiu ao longo do tempo, enquanto a de mulheres negras mais que dobrou.

2.6. A redução da mortalidade materna e a promoção da saúde e bem-estar materno são tarefas complexas. Para mulheres que têm complicações na gravidez, parto ou pós-parto, o sistema de saúde fornece uma oportunidade crucial para interromper a cadeia de eventos que pode potencialmente terminar em morte materna. Em última análise, expandir o ecossistema do setor de saúde para mitigar os determinantes da saúde materna e

adaptar a configuração dos sistemas de saúde para combater os efeitos prejudiciais das forças ecossociais, incluindo o aumento do acesso a produtos e serviços de qualidade garantida, são essenciais para melhorar a saúde e o bem-estar maternos e reduzir a mortalidade materna (SOUZA et al., 2024).

2.7. De acordo com Khalil et al. (2023), o Brasil se destaca dentre os países que possuem uma grande disparidade social que influencia a ocorrência de mortes maternas. E conforme a OMS (2023), quase 95% destas mortes ocorrem em países de renda baixa a média-baixa, pois estão relacionadas à situação de vulnerabilidade social. Ainda conforme a OMS (2021), quase todas as mortes maternas no mundo são evitáveis.

2.8. Entretanto, conforme afirmado na Oficina de Mortalidade Materna de Mulheres Negras no contexto do SUS (Leal et al, 2023), a despeito do crescimento da literatura sobre a temática, ainda predominam os estudos de natureza descritiva, raramente voltados à aferição de discriminação racial e do racismo nos serviços de saúde e/ou análise da percepção dos usuários. Em dois estudos brasileiros com amostra de abrangência nacional, realizados em 2003 e 2013, os principais motivos apontados para a percepção de discriminação nos serviços de saúde foram a pobreza e a baixa classe social, o que pode demonstrar como a questão racial vem sendo historicamente negligenciada no País. A referência explícita à raça/cor foi bem menor, ocupando o quinto lugar nos dois estudos, o que se alinha com outras análises sobre as percepções sociais acerca das relações entre raça/cor e saúde no Brasil.

2.9. A partir dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que estiveram em vigor entre 2000 e 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu a Agenda 2030 no ano de 2015, que é composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), dos quais o terceiro se refere à saúde e bem-estar. Neste, o primeiro ponto trata da redução da mortalidade materna, seguido da eliminação das mortes de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos por causas evitáveis. Até 2030, o objetivo é reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos e reduzir a taxa de mortalidade neonatal para 12 óbitos por 1000 nascidos vivos.

2.10. No Brasil, esforços significativos foram feitos para combater essas taxas, como o desenvolvimento de programas focados em imunizações, incentivo ao aleitamento materno, atenção humanizada no pré-natal, nascimento e cuidado neonatal. O país implementou uma série de ações direcionadas à saúde materna e infantil, com destaque à criação do Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento em 2000; da Rede Cegonha em 2011; da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em 2015; e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, atualizada em 2017.

2.11. Soma-se a esse cenário, a criação de Comitês Estaduais de Mortalidade materna, fetal e infantil que são organismos interinstitucionais e multiprofissionais que têm como objetivos analisar os óbitos e recomendar medidas de intervenção para sua redução. Os Comitês são uma importante estratégia de fortalecimento da vigilância e análise dos óbitos, através da qualificação das informações e aprimoramento dos profissionais, e da atenção à saúde, a partir das sugestões de melhorias nos serviços e assistência à saúde dos territórios. Além de fomentar a participação social na formulação e monitoramento de políticas de saúde materna e infantil.

2.12. Contudo, a persistência de altas razões de mortalidade materna e altas taxas de mortalidade infantil e fetal em determinadas regiões de saúde e a prevalência em determinadas populações, a saber, as mulheres e crianças negras e indígenas, indica a necessidade de ações que ampliem o acesso aos serviços de saúde, qualifiquem a assistência, promovendo saúde e reduzindo estes indicadores.

2.13. Em dezembro de 2023 foi editada a portaria 2198/2023, que institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, que possui um dispositivo específico que prevê "a promoção da equidade étnico-racial na atenção materna e infantil, visando reduzir as mortalidades nos segmentos étnico-raciais em que são mais prevalentes".

2.14. Em julho de 2024, foi proposta a criação do ODS 18, uma iniciativa voluntária do Brasil para colocar o combate ao racismo no centro dos esforços para o desenvolvimento sustentável e para o alcance da Agenda 2030. A iniciativa foi liderada pela câmara temática da Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (CNODS) e pelo Ministério da Igualdade Racial. Foram estabelecidas metas que serão incluídas no ODS 18, entre elas: assegurar acesso à atenção de saúde de qualidade para a população negra e indígena.

2.15. É neste contexto que se mostra relevante e necessária a proposta de criação do Comitê de Prevenção da Mortalidade materna, fetal e infantil, de caráter permanente, técnico-científico e consultivo, e que tem como objetivo contribuir para redução da mortalidade materna, fetal e infantil no país, a partir de uma perspectiva de equidade e alinhada com as estratégias antirracistas, considerando os dados de morte materna que apontam para maior mortalidade de mulheres pretas e indígenas. O comitê é uma ferramenta para o aprimoramento da formulação e implementação das políticas de saúde materna e infantil, além de um importante espaço de participação social e aprimoramento dos mecanismos de controle social do SUS.

3. ANÁLISE

3.1. A proposta de criação do Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil atende ao Decreto 12.002 de 22 de abril de 2024 em seu art. 34, pois tal colegiado tem por finalidade o monitoramento de políticas públicas e a formulação de propostas.

3.2. ***Necessidade ou conveniência de a questão ser tratada por meio de colegiado e não de autoridades singulares***

3.3. Faz se necessário e conveniente que a questão seja tratada por meio de colegiado e não de autoridades singulares em decorrência do tema do qual trata, pois o enfrentamento da mortalidade materna, fetal e infantil demanda atuação conjunta e articulada de diferentes setores, além de o monitoramento de políticas públicas e a formulação de propostas requerer o debate qualificado e cientificamente fundamentado. Portanto, fica evidente a vocação do assunto para ser tratado por meio de colegiado.

3.4. ***Justificativa do caráter permanente***

3.5. O caráter permanente justifica-se pela temática, tendo em vista os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro para a redução da mortalidade, mas também, para prevenção e promoção da saúde materna e infantil, importante indicador de desenvolvimento humano e qualidade de vida para um país (OMS, 2023).

3.6. ***Relação dos colegiados sobre matéria correlata e avaliação de sobreposição de competências***

3.7. Conforme Nota Jurídica n. 00140/2024/CONJUR-MS/CGUGU ([0042877956](#)):

" (...) No entanto, deverá ser esclarecido pela área técnica se ainda estão atuantes dois colegiados que abordam a mesma temática do que se pretende criar: (i) o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Neonatal (artigo 38, do Anexo X da Portaria de Consolidação MS nº 02/2017); (ii) a Comissão Nacional de Mortalidade Materna (artigo 336, da Portaria de Consolidação MS nº 05/2017).

21. Esses dois colegiados possuem a mesma finalidade do CNPMMIF, de modo que poderá haver sobreposição de competências. Ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Neonatal compete, nos termos do artigo 40, VIII, do Anexo X da Portaria de Consolidação MS nº 05/2017, "elaborar propostas para a construção de políticas nacionais dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal", enquanto à Comissão Nacional de Mortalidade Materna incumbe, dentre outros assuntos, "propor diretrizes, instrumentos legais e princípios éticos que concretizem estratégias de redução da mortalidade materna" (artigo 336, II, da Portaria de Consolidação MS nº 05/2017).

22. Em que pese a possibilidade de que tais colegiados tenham sido extintos, tacitamente, pelo Decreto 9.759/2019, a área técnica deverá se manifestar sobre a continuidade, ou não, das atividades respectivas, deixando consignado, nas Minutas anexas a esta Nota, caso não estejam mais em atuação, sua revogação expressa.(...) "

3.8. Em atendimento ao solicitado, a Minuta de Portaria em seu Art.2º revoga ambos os documentos supracitados que poderiam configurar sobreposição de competência, ainda que estejam tacitamente revogados pelo Decreto 9.759/2019.

3.9. ***Da Estimativa de Custos***

3.10. Para fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, declara-se que a presente proposta de Portaria, que institui o Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil — CNPMMFI, não acarretará aumento de despesa nem impacto financeiro adicional ao orçamento do Ministério da Saúde, sendo as atividades exercidas no âmbito do Comitê de natureza consultiva e realizadas sem remuneração aos seus membros, conforme disposto no art. 338-G da minuta. Dessa forma, não há impacto financeiro decorrente da edição da presente Portaria, estando a proposta em conformidade com a legislação orçamentária vigente.

3.11. ***Manifestação de anuência dos órgãos ou das entidades públicas participantes do Comitê***

3.12. A manifestação de anuência se dará conforme o Decreto 12.002/2024.

3.13. ***Análise de Impacto Regulatório***

3.14. Deixamos de apresentar relatório de análise de impacto regulatório considerando que o ato normativo proposto é de natureza administrativa, sendo dispensável a apresentação de AIR conforme art. 3., § 2., I do Decreto 10.411/2020.

3.15. A seguir são apresentadas as informações acerca da estrutura de funcionamento do citado comitê, conforme indicado no Decreto 12.002/2024.

3.16. ***Competências***

O Comitê tem como objetivos:

- I - realizar diagnóstico permanente da situação da mortalidade materna, fetal e infantil no Brasil, enfocando seus múltiplos aspectos econômicos, políticos, jurídicos e da rede de atenção à saúde, bem como as determinações étnico-raciais, sociais, loco regionais e outros, que demandem ações específicas para a sua solução;
- II - monitorar e avaliar, sistematicamente, a implementação do Plano Nacional de Enfrentamento da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil e as ações, programas e atividades voltados para a redução da mortalidade materna, fetal e infantil;
- III - incentivar a atuação dos Comitês de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil coordenados pelos entes subnacionais;
- IV - divulgar as ações desenvolvidas pelo Comitê.

3.17. **Composição**

O CNPMMFI será composto por representantes dos seguintes órgãos, entidades ou unidades administrativas:

- I - o Ministro de Estado da Saúde;
- II - um representante da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde;
- III - um representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde;
- IV - um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde;
- V - um representante da Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde;
- VI - um representante da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde;
- VII – um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde;
- VIII - um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde do Ministério da Saúde;
- IX – um representante da Secretaria de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde;
- X - um representante do Ministério das Mulheres;
- XI - um representante do Ministério da Igualdade Racial;
- XII - um representante do Ministério dos Povos Indígenas;
- XIII – um representante do Conselho Nacional do Ministério Público;
- XIV – um representante da Advocacia Geral da União;
- XV – um representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde;
- XVI – um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde;
- XVII - um representante do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira - IFF/Fiocruz;
- XVIII - um representante da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO;
- XIX - um representante da Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras - ABENFO;
- XX – um representante da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP;
- XXI – um representante Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC;
- XXII - um representante Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade – Abefaco;
- XXIII – nove representantes da Sociedade Civil indicados pelo Conselho Nacional de Saúde.

3.18. O CNPMMFI será presidido pelo Ministro da Saúde e, na sua ausência, pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Cada membro do CNPMMFI terá dois suplentes, garantindo substituição do titular em suas ausências e impedimentos.

3.19. Os membros titulares do Comitê e respectivos suplentes serão indicados pelos titulares dos órgãos que representam. A experiência comprovada em ações, programas ou pesquisas relacionadas à promoção da equidade em saúde, com enfoque em determinantes sociais, étnico-raciais e de gênero é considerada um diferencial para o profissional a ser indicado. A designação de tais representantes será publicada em ato normativo do Ministério da Saúde.

3.20. Terão assento no CNPMMFI, como membros rotativos, 9 (dezoito) representantes da sociedade civil, com mandato bianual, indicados pelo Conselho Nacional de Saúde. A designação dos membros selecionados será publicada em ato normativo do Ministério da Saúde.

3.21. **Quórum de reunião e quórum de aprovação**

3.22. O quórum para a realização das reuniões será de maioria absoluta dos membros e o quórum de aprovação será de maioria simples dos presentes na reunião.

3.23. **Periodicidade das reuniões e forma de convocação**

3.24. O CNPMMFI se reunirá em caráter ordinário uma vez a cada dois meses e em caráter extraordinário sempre que convocado pela Coordenação ou pela Presidência do Comitê - Os membros do CNPMMFI que se encontrarem no Distrito Federal se reunirão presencialmente, e os membros que se encontrarem em outros entes federativos poderão participar das reuniões por meio de videoconferência.

3.25. ***Criação de subcolegiados***

3.26. O CPNMMIF contará com grupos temáticos de caráter técnico-científico, consultivo, sigiloso e educativo, de natureza interinstitucional e multiprofissional que têm como objetivos:

I - promover discussões e oferecer subsídios técnico-científicos, por meio do intercâmbio de conhecimentos e experiências, visando ao aperfeiçoamento de ações estratégicas e ao auxílio para a tomada de decisões sobre questões relacionadas à mortalidade materna, fetal e infantil; e

II - elaborar relatórios e encaminhar propostas de conteúdo técnico-científico para apreciação do CNPMMFI.

3.27. O CPNMMIF contará inicialmente com os seguintes grupos temáticos:

I - desigualdades étnico-raciais e morbimortalidade materna, fetal e infantil, a ser coordenado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde;

II - vigilância do óbito materno, fetal e infantil e morbidade materna grave, a ser coordenado pela SVSA/MS; e

III - monitoramento e avaliação do Plano Nacional de Enfrentamento da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, a ser coordenado pela Secretaria do Ministério da Saúde que estiver coordenando o CNPMMFI na ocasião.

3.28. O CNPMMFI poderá criar outros subcomitês, conforme a necessidade. A composição dos Subcomitês deverá ser aprovada pelo CNPMMFI e não deverá exceder 10 (dez) representantes. O número de Subcomitês em operação simultânea não poderá exceder 3 (três).

3.29. Os Subcomitês, mediante aprovação prévia do CNPMMFI, poderão convidar especialistas e representantes de entidades públicas e privadas para participar de suas reuniões, sem direito a voto.

3.30. A vigência dos Subcomitês será definida pelo CNPMMFI, conforme a necessidade e os objetivos específicos de cada Subcomitê, e poderá ser ajustada conforme o andamento dos trabalhos e os resultados obtidos, sendo comunicada aos seus membros.

3.31. Os relatórios técnicos dos Subcomitês serão submetidos ao CNPMMFI para validação e, posteriormente, publicados no portal eletrônico do Ministério da Saúde.

3.32. Os Subcomitês reunir-se-ão ordinariamente a cada trinta dias, ou extraordinariamente, mediante convocação prévia pelo Coordenador do Subcomitê. Os membros dos grupos temáticos do CNPMMFI que se encontrarem no Distrito Federal se reunirão presencialmente, e os membros que se encontrarem em outros entes federativos poderão participar das reuniões por meio de videoconferência.

3.33. As reuniões dos grupos temáticos serão restritas a seus membros e aos convidados, viabilizado o acesso aos documentos ou às informações produzidos com a edição do ato decisório respectivo, nos termos do art. 7º, §3º, da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

3.34. ***Secretaria Executiva***

3.35. A Secretaria Executiva do CNPMMFI será exercida, por mandato de 2 (dois) anos de forma alternada, por representantes da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde.

3.36. A Secretaria Executiva do CNPMMFI prestará o apoio técnico-administrativo necessário ao funcionamento das atividades do Comitê e terá as seguintes atribuições:

I - elaborar as pautas e agendar as reuniões do Comitê;

II - redigir e publicar as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias;

III - sistematizar as avaliações apresentadas pelos grupos temáticos e/ou membros;

IV - elaborar e publicar editais de seleção pública para participação de representantes da sociedade civil;

V - elaborar informes semestrais e o relatório anual de atuação do Comitê.

3.37. ***Relatórios*** - O relatório anual da atuação do CNPMMFI será encaminhado ao Gabinete do Ministro da Saúde.

3.38. **Participação nas atividades do CNPMMFI** - A participação das representações e de convidados no CNPMMFI será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

4. DAS PORTARIAS DA CONSOLIDAÇÃO

4.1. A portaria promove a alteração da Portaria de Consolidação GM/MS n. 5/2017, substituindo o texto relacionado à Comissão Nacional de Mortalidade Materna e Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (artigo 336 a 342, originados da PRT GM/MS n. 652/2003 e inclusão do art. 342-A), em razão da similaridade de competências, convergência com os objetivos da PNAISM e adequação da categoria jurídica aos objetos da Consolidação.

4.2. Ademais, considerando o todo exposto, procederemos à revogação expressa do Título V do Anexo X da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 2017. Dessa forma, em conformidade com a manifestação desta Nota Técnica quanto à descontinuidade das atividades dispostas na referida norma, a minuta anexa já contempla a revogação correspondente, garantindo a devida formalização.

5. CONCLUSÃO

5.1. Diante do exposto, a criação do Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil justifica-se, tendo em vista a relevância da atuação na redução da mortalidade materna, fetal e infantil.

5.2. Encaminhe-se ao GAB/SAPS/MS, para o devido prosseguimento do feito.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório: Oficina de Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 98 p.

KHALIL, Asma et al. A call to action: the global failure to effectively tackle maternal mortality rates. The Lancet Global Health, v. 11, n. 8, p. e1165-e1167, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100343>

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc. saúde coletiva, v.23, n.6, p.1915- 1928, 2018.

_____. Protocolo do Nascer no Brasil II: Pesquisa Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento. Cadernos de Saúde Pública, v. 40, n. 4, p. e00036223, 2024.

SOUZA, João Paulo et al. A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. Lancet Glob Health. 2024 Feb;12(2):e306-e316. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00468-0. Epub 2023 Dec 6. PMID: 38070536



Documento assinado eletronicamente por **Renata de Souza Reis, Coordenador(a)-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres**, em 15/05/2025, às 11:07, 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 **Olivia Lucena de Medeiros, Diretor(a) do Departamento de Gestão do Cuidado Integral**, em 15/05/2025, às 17:17, 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 **Camila Carloni Gasparro, Coordenador(a) de Enfrentamento à Mortalidade Materna**, em 16/05/2025, às 12:15, 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 **0047738359** e o código CRC **79A90E94**.