

CADERNO

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE PALMAS – TOCANTINS

ESTATÍSTICAS VITAIS DOS ÚLTIMOS DEZ ANOS
(2010 – 2019)

CADERNO

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE PALMAS - TOCANTINS

**ESTATÍSTICAS VITAIS DOS ÚLTIMOS DEZ ANOS
(2010 – 2019)**

**PALMAS
2020**

EXPEDIENTE

Caderno Análise da situação de Saúde de Palmas - Tocantins

ISSN: 2674-8312

Prefeitura de Palmas. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas - Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde - Diretoria de Vigilância em Saúde
Quadra 1302 Sul

ACSU-SE conjunto 01, lote 06

Avenida Teotônio Segurado

CEP: 77024-650 - Palmas - TO

Contato telefônico: (63) 3218-5106

e-mail: caievs.palmas@gmail.com

site: <http://www.palmas.to.gov.br/secretaria/saude/>

Elaboração e edição

Vanessa Gomes da Cruz

Projeto gráfico e diagramação

Vanessa Gomes da Cruz

Jonatas Bezerra Tavares

Revisão de texto

Patrícia Ferreira Nomellini

Marta Maria Malheiros Alves

Como citar este boletim: Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Estatísticas vitais dos últimos dez anos (2010-2019)**. In: Caderno Análise de Situação de Saúde de Palmas, Palmas, v.2, n.1, Janeiro 2020.

Estatísticas vitais dos últimos 10 anos (2010-2019)

Caderno Análise de Situação de Saúde de Palmas.
Volume 2 | Nº 1 | 2020 | ISSN: 2674-8312
31 de janeiro de 2020

As informações contidas neste boletim foram retiradas dos bancos de informações do SINASC e SIM, na data 23 de janeiro de 2020, sendo considerados para análise os casos de residência em Palmas-TO, no período de 2010 a 2019.

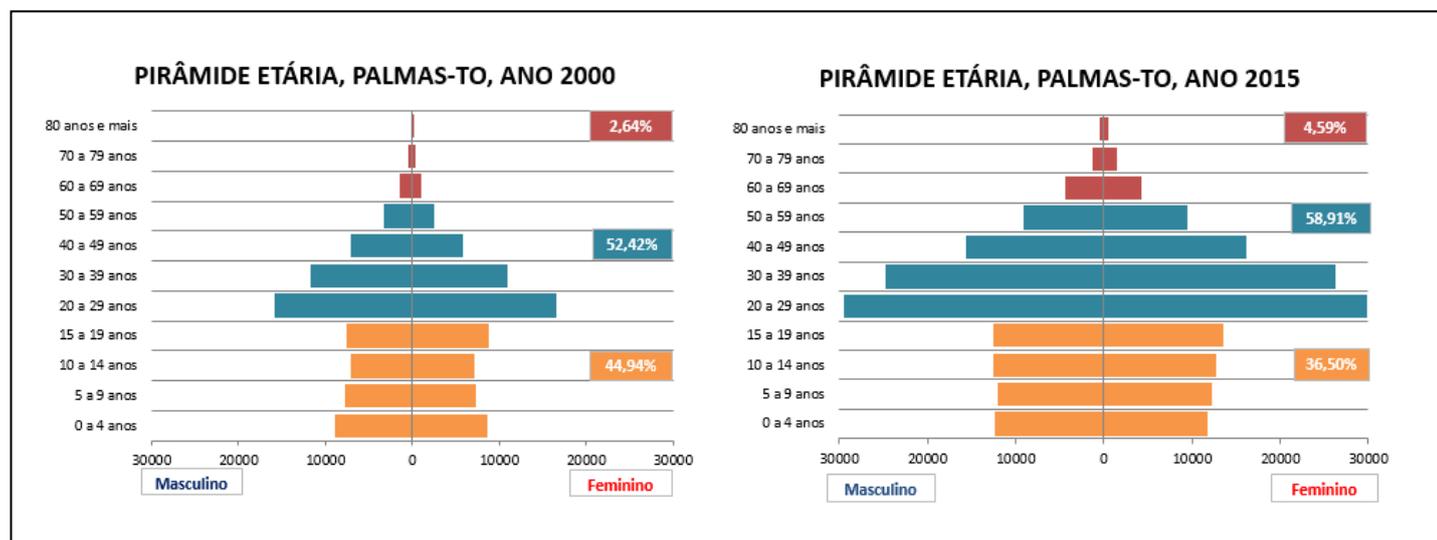
Os dados foram tabulados no Tabwin 41, exportados para Microsoft Excel 2010 e submetidos à análise estatístico descritiva. Informações referentes ao ano de 2019 são passíveis de alteração.



Nascidos Vivos (2010-2019)

Segundo o último censo demográfico, Palmas foi considerada a capital com o maior crescimento populacional entre os anos 2000 a 2010. Com uma taxa de crescimento de 5,21% a capital superou as demais, que apresentaram uma média de 1,17% ao ano¹.

A evolução da pirâmide etária da capital evidencia que a população palmense é predominantemente adulta (indivíduos de 20 a 59 anos). Sendo possível observar, no período de 2000 a 2015, um aumento na proporção de idosos, simultaneamente a uma diminuição da população jovem.



Fonte: DataSUS. Informações de saúde Tabnet, acesso em agosto de 2019.

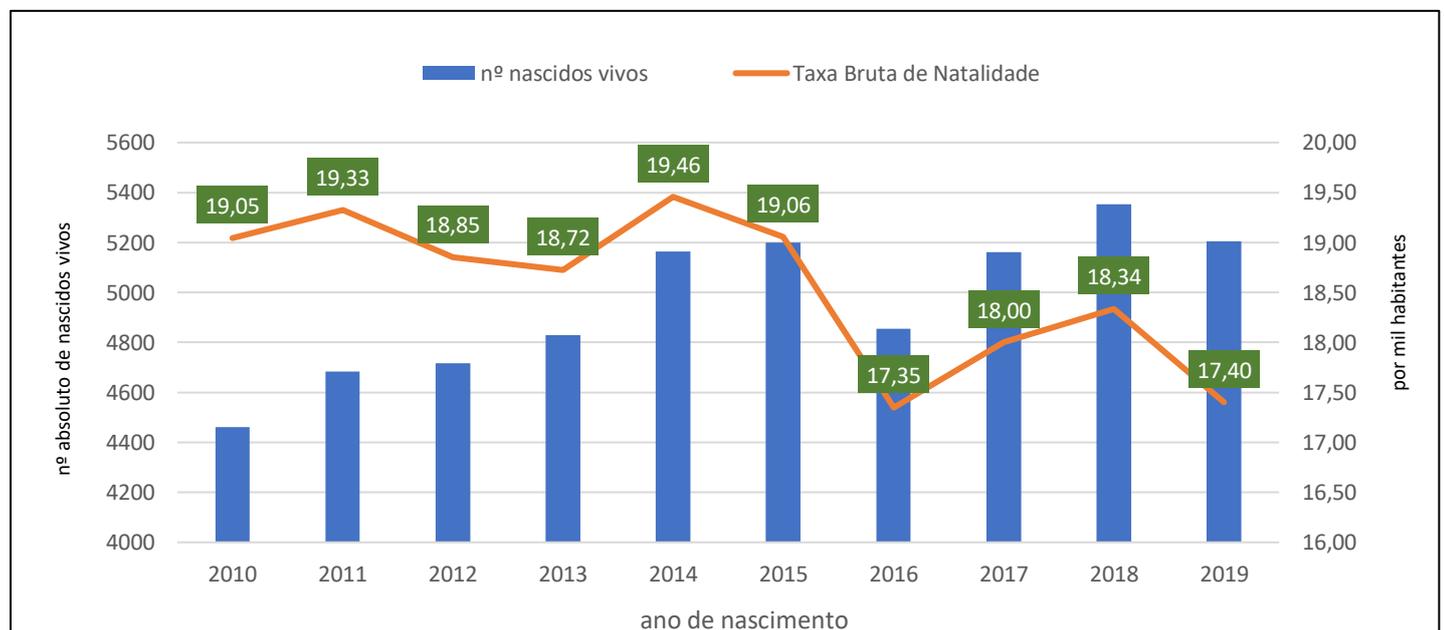
Figura 1. Evolução da pirâmide etária de Palmas-TO, anos 2000-2015.

Estimativas populacionais do IBGE apontam que no ano de 2019 a população de Palmas era composta por 299.127 habitantes². Acrescenta-se ao exposto que a taxa bruta de natalidade de Palmas, transitou entre 19,05 a 17,40 nascidos vivos por mil habitantes, entre os anos de 2010 a 2019.

Atualmente há em Palmas-TO um hospital e maternidade da rede pública estadual, referência em alta complexidade para a região centro sul do Estado, e 6 (seis) hospitais da rede privada que realizam partos no município.

O número de partos ocorridos segue aumentando no decorrer dos anos. Comparando o quantitativo de partos realizados na capital nos anos 2010 e 2019, há uma diferença de 2.318 partos entre os anos. No ano de 2010, dos 5.513 partos realizados em Palmas-TO, 4.373 crianças eram filhos de mães residentes em Palmas (aproximadamente 80% dos partos ocorridos na capital). Porém no ano de 2019, os filhos de mães residentes na capital representaram 65% dos partos ocorridos em Palmas (5.092 crianças de 7.831 partos realizados).

Além do aumento no número de partos ocorridos na capital, dados do SINASC apresentam um aumento no número de nascidos de mães residentes em Palmas por ano. No ano de 2010 nasceram 4.461 crianças de mães residentes no município, enquanto em 2019 nasceram 5.206 crianças.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos vivos (SINASC), acesso em 23 janeiro 2020.

Gráfico 1. Série histórica de nascidos vivos e taxa bruta de natalidade, Palmas-TO, 2010 a 2019

Em Palmas existem 34 Centros de Saúde da Comunidade (CSC), onde são ofertados os serviços de saúde da atenção primária, incluso neste o acompanhamento pré-natal. Compreendendo profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da

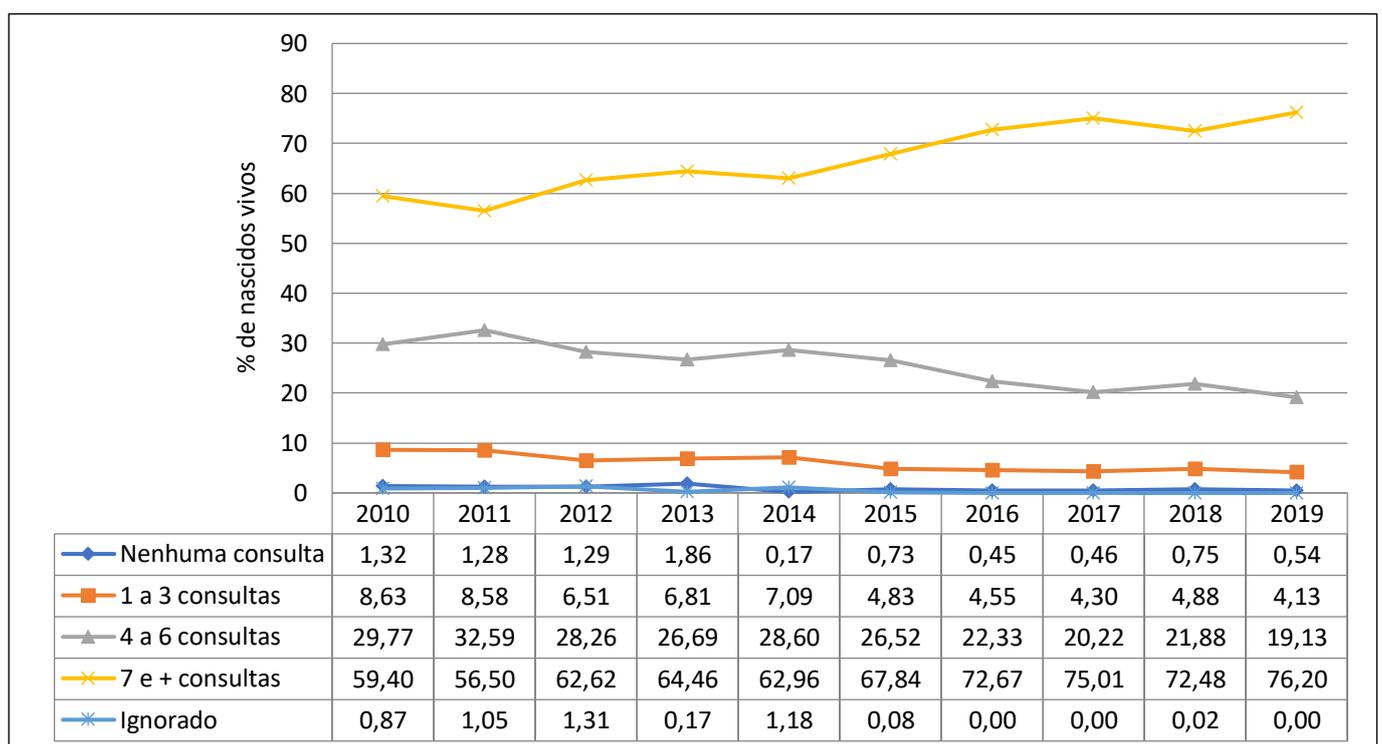
Família (NASF), atendem nos CSCs: médicos, enfermeiros, cirurgião-dentista, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e profissionais de educação física.

Os pré-natais de baixo-risco/risco habitual são realizados exclusivamente pelas equipes de saúde da família e NASF, enquanto casos de alto-risco são encaminhados para atendimento com ginecologista obstetra e demais especialistas médicos. Salienta-se que o atendimento a gestante no serviço de alto-risco, não exclui o acompanhamento desta por profissionais dos CSC.

A realização de um maior número de consultas de pré-natal está associada a menor probabilidade de natimortos, tendo em vista que condições de agravamento da gestação podem ser identificadas e intervenções podem ser realizadas em tempo oportuno.

O Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento recomenda a realização de no mínimo seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação³.

No decorrer dos anos observa-se um aumento no percentual de nascidos vivos com mais de 7 consultas de pré-natal em Palmas-TO, evidenciando uma melhora no acesso da assistência pré-natal.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos vivos (SINASC), acesso em 23 janeiro 2020.

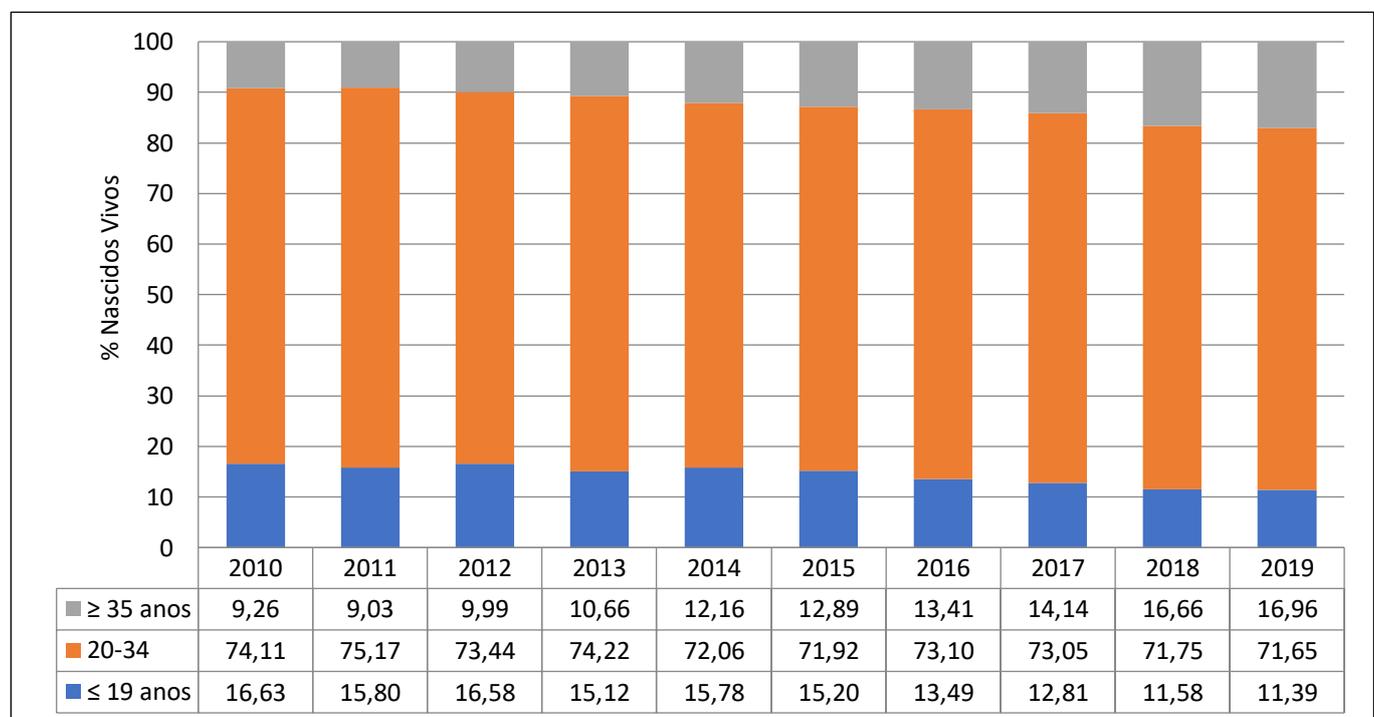
Gráfico 2. Distribuição percentual de nascidos vivos de mães residentes em Palmas-TO segundo consultas de pré-natal, 2010 a 2019

Entretanto, a análise do acesso e cobertura do acompanhamento pré-natal, não deve estar dissociada da análise da qualidade deste acompanhamento. Apesar do país apresentar uma ampliação da cobertura do acompanhamento pré-natal, o Ministério da saúde (MS) relata a

ocorrência de alta incidências de sífilis congênita e de hipertensão arterial em gestantes, sendo estas as causas mais frequentes de morbimortalidade perinatal e materna no Brasil, demonstrando um comprometimento da qualidade do cuidado ofertado as gestantes⁴.

Entre o período analisado (2010-2019) é possível identificar uma queda no percentual de mães adolescentes, assim como um aumento no percentual de gravidez tardia. Com relação a faixa-etária materna, deve-se haver uma atenção especial a gestações de mulheres em extremos de idades. Tanto a gravidez na adolescência quanto a gravidez tardia exigem maior atenção dos profissionais de saúde, tendo em vista a possibilidade de complicações para a mulher, o feto e recém-nascido.

Autores referem que na gravidez na adolescência as principais complicações maternas são doença hipertensiva específica da gestação, abortamento, síndromes hemorrágicas, porém há uma menor prevalência de partos cesáreos⁵. Enquanto as gestações tardias apresentam doenças hipertensivas, diabetes gestacional e uma maior prevalência de partos cesáreos⁶.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos vivos (SINASC), acesso em 23 janeiro 2020.

Gráfico 3. Distribuição percentual de nascidos vivos por faixa-etária materna, Palmas-TO, 2010 a 2019

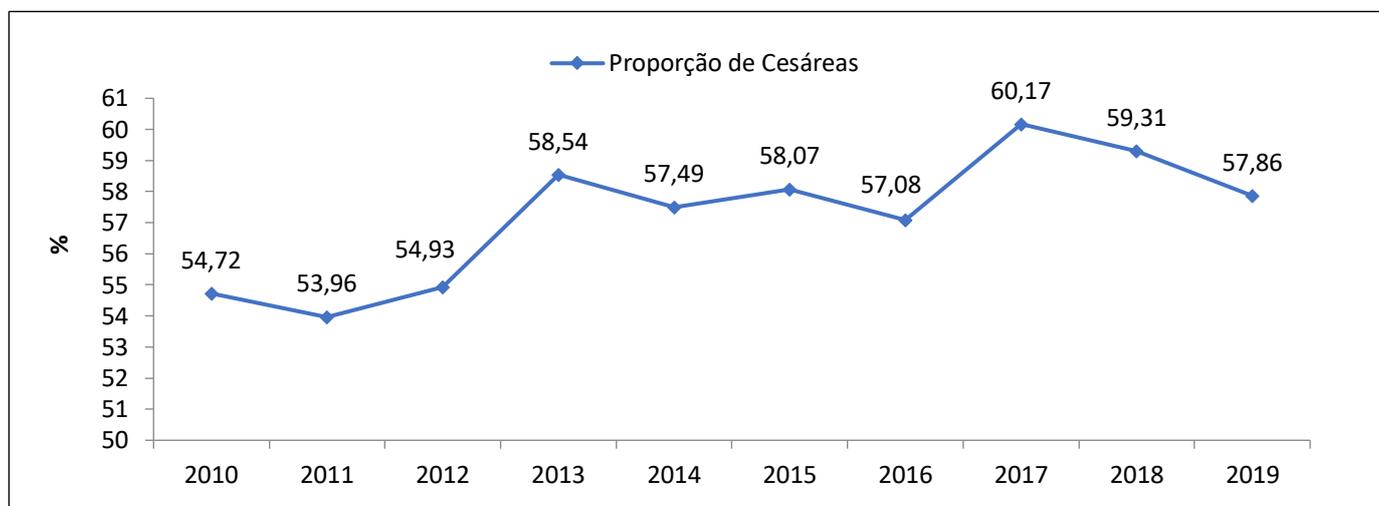
Estudos apontam elevados índices de prematuridade (idade gestacional menor que 37 semanas), baixo peso ao nascer (peso menor que 2.500 gramas) e asfixia grave ao nascer (apgar no quinto minuto menor que sete) nas gestações ocorridas em adolescentes e em mulheres com idade igual ou superior aos 35 anos^{5,7}.

Análise da relação entre faixa-etária materna e idade gestacional (IG), aponta um maior percentual de prematuridade (IG<37 semanas) em Palmas em mães com mais de 35 anos

(12,46%), seguido por mulheres jovens (11,96%), estando em conformidade com o apresentado na literatura⁷.

No que se refere ao tipo de parto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as taxas de cesáreas não ultrapassem o percentual de 15% de todos os partos⁸. Entretanto dados da UNICEF apontavam o Brasil como o país com o segundo maior percentual de partos cesáreos do mundo no ano de 2016⁹.

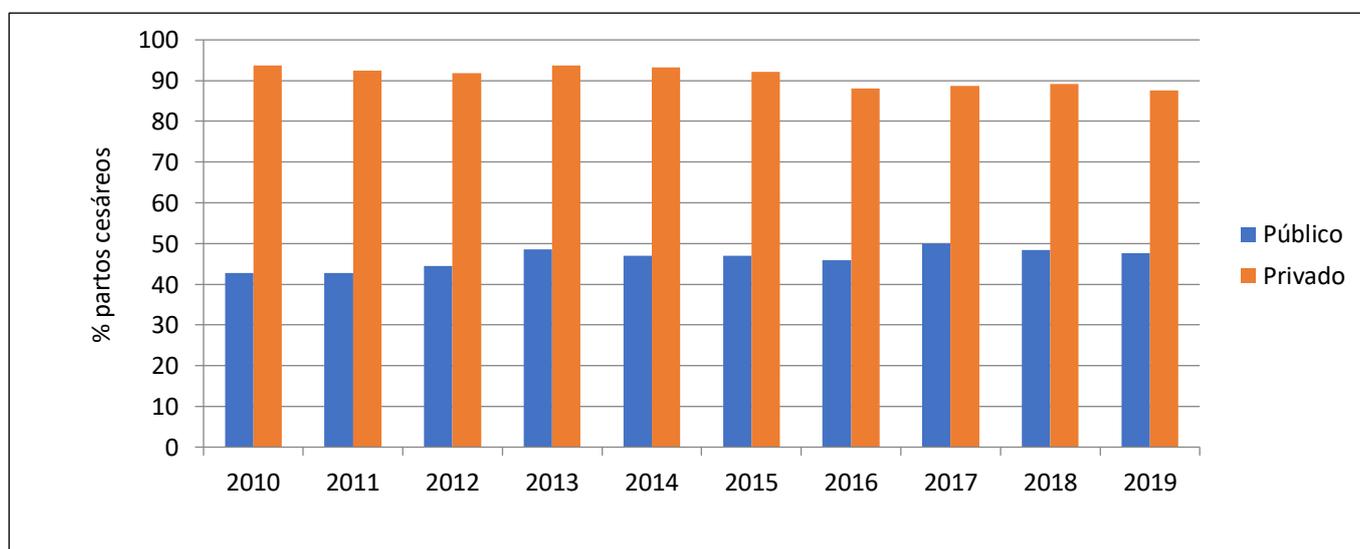
Em Palmas a proporção de partos cesáreos apresenta uma tendência decrescente a partir de 2017. Enquanto no ano de 2017 as cirurgias cesáreas compreendiam 60,17% dos partos de nascidos vivos, de mães residentes na capital, em 2019 aproximadamente 58% dos partos foram cesáreas.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos vivos (SINASC), acesso em 23 janeiro 2020.

Gráfico 4. Proporção de partos cesárea de gestantes residentes em Palmas-TO, 2010 a 2019

A comparação entre partos ocorridos na rede pública e na rede suplementar de Palmas apontam uma maior concentração de partos cesáreos na rede privada. Enquanto em 2019 a proporção de partos cesáreos no SUS representava 47,58% dos partos, o percentual encontrado na rede suplementar foi de 87,61%.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos vivos (SINASC), acesso em 23 janeiro 2020.

Gráfico 5. Percentual de partos cesárea em Hospital Público e Hospital privado, 2010 a 2019

No que se refere a demais características maternas, os dados do SINASC mostram uma maior concentração de mães com mais de 8 anos de estudos. Destaca-se também que o campo

CARACTERÍSTICA MATERNA	2011 (n=4.683)		2013 (n=4.829)		2015 (n=5.199)		2017 (n=5.162)		2019 (n=5.206)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Escolaridade										
Nenhuma	8	0,2	9	0,2	6	0,1	4	0,1	4	0,1
< 8 anos	612	13,1	629	13	533	10,3	427	8,3	358	6,9
≥ 8 anos	4.039	86,2	4.153	86	4.655	89,6	4.728	91,6	4.841	93,0
Ignorado	24	0,5	38	0,8	3	0,1	3	0,1	3	0,1
Estado Civil										
Solteiro	1.287	27,5	861	17,8	948	18,2	898	17,4	952	18,3
Casado	1.814	38,7	1.963	40,7	2.042	39,3	1.967	38,1	2.025	38,9
Viúvo	8	0,2	10	0,2	3	0,1	8	0,2	10	0,2
Divorciado	40	0,9	30	0,6	39	0,8	38	0,7	53	1,0
Ignorado	1.534	32,8	1.965	40,7	2165	41,7	2.251	43,6	2.166	41,6

“estado civil” da mãe foi ignorado em um número significativo de DNs, representando 41,6% das DNs de 2019.

5

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos vivos (SINASC), acesso em 23 janeiro 2020.

Tabela 1. Caracterização das mães dos nascidos vivos, residentes em Palmas-TO, 2011-2019

A partir do ano 2000 o Ministério da Saúde incluiu na DN o campo 34, no qual são inseridas informações relativas às anomalias congênitas detectadas no momento do nascimento. Entre os anos 2010 e 2019, foi declarado à ocorrência de 425 casos para nascidos residentes na capital.

Das 5.206 crianças de mães residentes em Palmas, nascidas no ano de 2019, um quantitativo de 62 crianças possuía alguma anomalia congênita informada na Declaração de nascido vivo (DN). No entanto, vale reforçar que as mais graves anomalias possuem como desfecho a ocorrência de óbitos fetais, sendo então subestimada a incidência de malformações congênitas.

ANOMALIA CONGÊNITA	Nº DE CASOS
Anencefalia	2
Hidrocefalia	4
Espinha bífida	2
Fenda palatina	2
Hipospadias	4
Anomalias cardíacas	16
Anomalia renal	1
Outras anomalias	31
Total	62

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos vivos (SINASC), acesso em 23 janeiro 2020.

Tabela 2. Distribuição de casos de anomalias congênitas declaradas no nascimento, crianças residentes em Palmas-TO, ano 2019.

Mortalidade Infantil (2010-2019)

Nos últimos dez anos (2010-2019), ocorreram 542 óbitos de crianças menores de 1 ano, de mães residentes em Palmas-TO, com uma mediana de 52 óbitos para o período analisado.

A Taxa de mortalidade infantil (TMI) na capital apresentou seu maior valor no ano de 2011, com 14,09 óbitos para cada mil nascido vivo, sendo registrada no ano seguinte a menor taxa de mortalidade infantil do período analisado, 9,33 óbitos por mil nascidos vivos (gráfico 6). Para o ano de 2019 a capital registrou um aumento de 8,12% da taxa de mortalidade infantil em relação ao ano anterior (10,84 para 11,72 por 1000 nascidos vivos).

Vale destacar, que exceto em 2014, Palmas apresentou índices de mortalidade infantil menores do que o registrado no país, exibindo as menores taxas entre as capitais da região norte nos anos 2010, 2012 a 2015, 2016 e 2017.

Cálculo da Taxa de Mortalidade Infantil

$$\frac{\text{Nº de óbitos de infantis*}}{\text{Total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

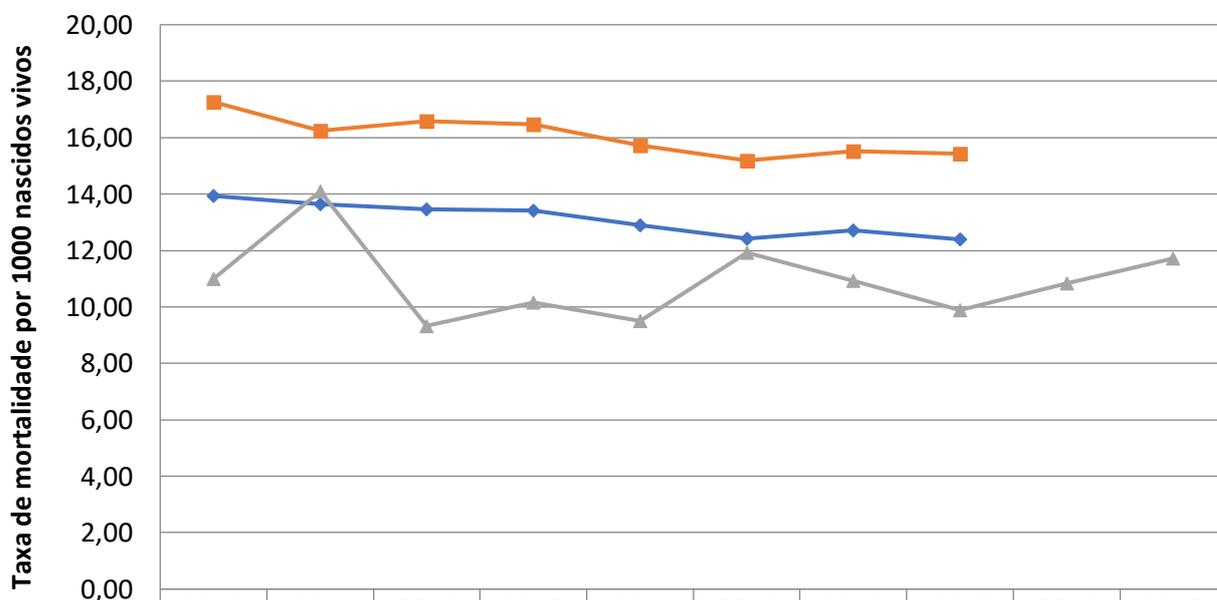
*residentes menores de 1 ano de idade

Parâmetros

Baixa - até 20/1.000 NV

Media - de 20 a 49/1.000 NV

Alta - de 50 a 149/1.000NV



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TMI BRA	13,93	13,63	13,46	13,42	12,90	12,43	12,72	12,39		
TMI NORTE	17,26	16,23	16,58	16,48	15,71	15,19	15,51	15,43		
TMI PALMAS	10,98	14,09	9,33	10,15	9,49	11,93	10,92	9,88	10,84	11,72

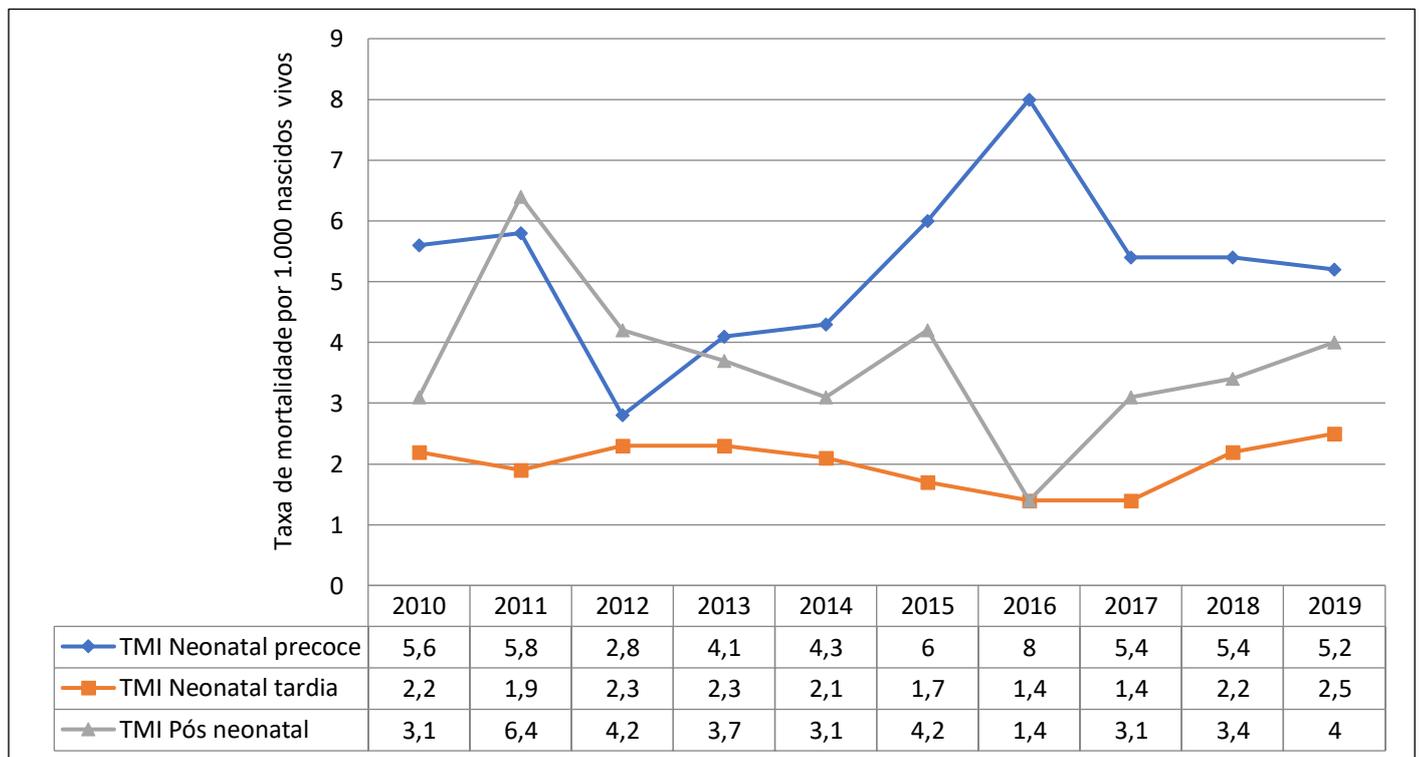
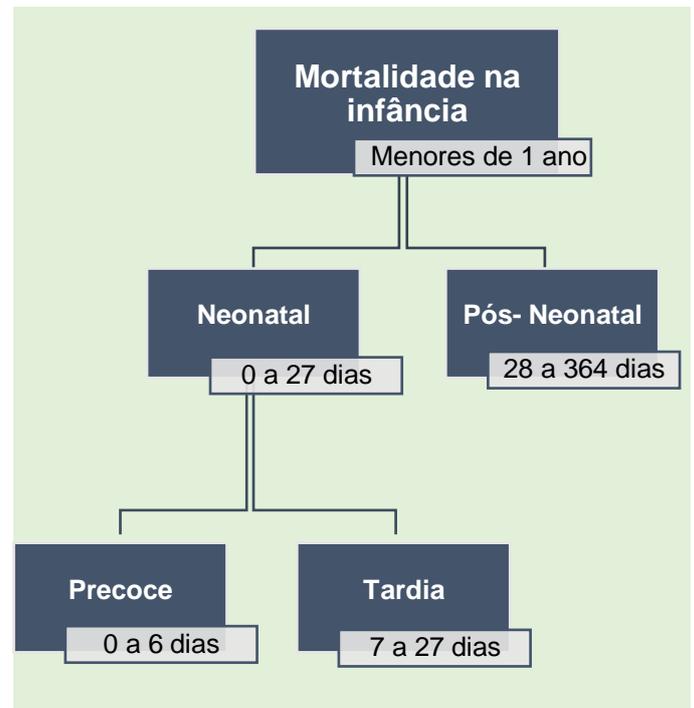
Fonte: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM) e DataSUS - Informações de saúde Tabnet , acesso em 23 janeiro 2020 .

Nota: TMI BRA (Taxa de mortalidade infantil no Brasil) e TMI Norte (Taxa de mortalidade infantil na região norte) calculadas conforme dados disponibilizados site DataSUS; TMI Palmas (Taxa de mortalidade infantil na capital Palmas-TO), calculadas conforme dados disponibilizados no SIM.

Gráfico 6. Taxa de mortalidade Infantil no Brasil, região Norte e Palmas-TO, 2010 a 2019*

Considerando as particularidades das causas de óbito, a análise da mortalidade infantil subdivide-se em três componentes: mortalidade neonatal precoce, mortalidade neonatal tardia, e mortalidade pós-neonatal.

Assim como no cenário nacional, a mortalidade neonatal é o principal componente da mortalidade infantil em Palmas, responsável por mais da metade dos óbitos infantis. Para o ano de 2019 foi possível observar um aumento da ocorrência de óbitos neonatais tardios, quando comparado com os três anos anteriores (gráfico 7).



Fonte: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), acesso em 23 de janeiro de 2020.

Gráfico 7. Taxa de mortalidade infantil segundo componentes da mortalidade na infância. Palmas-TO, 2010 a 2019.

Quanto à idade gestacional e o peso ao nascer, os dados apontam a ocorrência de recém-nascidos pré-termos (idade gestacional menor que 37 semanas) e recém-nascidos de baixo peso (peso menor que 2500g) em mais da metade dos óbitos infantis registrados na capital. Segundo a OMS, o baixo peso ao nascer é um importante fator de risco isolado para morbimortalidade infantil^{10,11}.

ANO DO ÓBITO	IDADE GESTACIONAL AO NASCER									
	<37 semanas		37 - 41 semanas		42 e +		Não informado		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2010	31	63,27	9	18,37	3	6,12	4	8,16	49	100
2011	33	50	17	25,76	4	6,06	11	16,67	66	100
2012	19	43,18	17	38,64	0	0	5	11,36	44	100
2013	26	53,06	17	34,69	0	0	6	12,24	49	100
2014	31	63,27	13	26,53	0	0	5	10,2	49	100
2015	42	67,74	16	25,81	0	0	4	6,45	62	100
2016	40	75,47	12	22,64	0	0	1	1,89	53	100
2017	34	66,67	16	31,37	0	0	1	1,96	51	100
2018	33	56,9	20	34,48	0	0	5	8,62	58	100
2019	36	59,02	18	29,51	0	0	7	11,47	61	100

Fonte: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), acesso em 23 de janeiro de 2020.

Tabela 3. Distribuição de óbitos infantis, segundo idade gestacional ao nascer. Palmas-TO, 2010 a 2019

No que se refere ao peso ao nascer, nos casos de óbitos analisados, o percentual de recém-nascidos de extremo baixo-peso (peso menor que 1000gramas) apresentou valores que transitaram entre 47,17% e 20,45%, com pico no ano de 2016 (Tabela 4).

ANO DO ÓBITO	PESO AO NASCER											
	< 1000g		1000 a <1500g		1500 a < 2500g		> 2500 g		Ign		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2010	20	40,82	4	8,16	8	16,33	11	22,45	6	12,24	49	100
2011	14	21,21	7	10,61	10	15,15	22	33,33	13	19,7	66	100
2012	9	20,45	4	9,09	6	13,64	18	40,91	7	15,91	44	100
2013	12	24,49	7	14,29	8	16,33	20	40,82	2	4,08	49	100
2014	18	36,73	6	12,24	8	16,33	13	26,53	4	8,16	49	100
2015	21	33,87	10	16,13	13	20,97	15	24,19	3	4,84	62	100
2016	25	47,17	6	11,32	10	18,87	11	20,75	1	1,89	53	100
2017	19	37,25	6	11,76	11	21,57	15	29,41	-	-	51	100
2018	21	36,21	5	8,62	10	17,24	18	31,03	4	6,9	58	100
2019	20	32,78	5	8,19	11	18,03	21	34,42	4	6,55	61	100

Fonte: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), acesso em 23 de janeiro de 2020.

Tabela 4. Distribuição de óbitos infantis, segundo peso ao nascer. Palmas-TO, 2010 a 2019

Ao elencar as cinco principais causas de óbito, as afecções originadas no período perinatal, em especial a categoria P00 da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹², destacam-se como as principais causas de morte entre a população menor de 1 ano de idade. Estão inseridos nesta categoria da CID-10: transtorno materno hipertensivo, doenças maternas renais ou de vias urinárias, doenças infecciosas e parasitárias da mãe, e outras.

Durante o período analisado houve um aumento do percentual de óbitos por malformações congênitas, assim como óbitos por causas externas (Tabela 5).

GRUPO DE CAUSAS (Capítulo CID-10)	2010	2014	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6,12	6,12	3,28
X. Doenças do aparelho respiratório	2,04	4,08	4,92
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	67,35	53,06	44,26
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	20,41	32,65	34,43
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4,08	4,08	8,20
Demais causas definidas			4,92
Total	100	100	100

Fonte: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), acesso em 23 de janeiro de 2020.

Tabela 5. Comparativo da mortalidade infantil proporcional, por grupo de causas. Palmas-TO, anos 2010, 2014 e 2019.

Com relação a classificação da evitabilidade do óbito, a maioria dos óbitos apresentados são evitáveis (tabela 6). Destes, as causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido correspondem a mais de 44% dos óbitos infantis de residentes em Palmas nos anos de 2010, 2014 e 2019.

CAUSAS DE EVITABILIDADE ÓBITOS	ÓBITOS					
	2010		2014		2019	
	f	%	f	%	f	%
1. Causas evitáveis	39	79,59	30	61,22	40	65,57
1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção	-	-	-	-	-	-
1.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao RN	32	65,31	24	48,98	27	44,26
Reduzíveis por atenção à mulher na gestação	21	42,86	16	32,65	20	32,79
Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto	3	6,12	1	2,04	3	4,92
Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido	8	16,33	7	14,29	4	6,56
1.3 Reduzíveis por ações diagnóstico e tratamento adequado	3	6,12	2	4,08	5	8,20
1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde	4	8,16	4	8,16	8	13,11
2. Causas mal definida	1	2,04	-	-	-	-
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	9	18,37	19	38,78	21	34,43
Total (1+ 2 + 3)	49	100	49	100	61	100

Fonte: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), acesso em 23 de janeiro de 2020.

Tabela 6. Distribuição de óbitos infantis, segundo critérios de evitabilidade. Palmas-TO, ano 2010, 2014, 2019

Óbitos neonatais, geralmente, estão relacionados a causas perinatais, anomalias ou malformações congênitas, enquanto os óbitos pós-neonatais aproximam-se de causas devido

fatores determinados por condições socioeconômicas, saneamento básico e acesso a serviços de saúde.

A Portaria nº 72 de 11 de janeiro de 2010, estabelece que a vigilância dos óbitos infantis e fetais é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)¹³. Em atenção ao estabelecido pelo MS, a equipe de vigilância epidemiológica do óbito vem realizando as investigações conforme o preconizado.

Com o objetivo avaliar as circunstâncias de ocorrência dos óbitos e propor medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada ao público materno infantil, no ano de 2019 o Grupo Técnico Municipal de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal e dos agravos de transmissão vertical iniciou suas atividades no município.

Mortalidade Materna / Mulher em idade fértil (2010-2019)

CONCEITOS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL (MIF): óbito ocorrido em mulheres de 10 a 49 anos. Considerados óbitos de investigação obrigatória, permitem a identificação ou descarte do óbito materno.

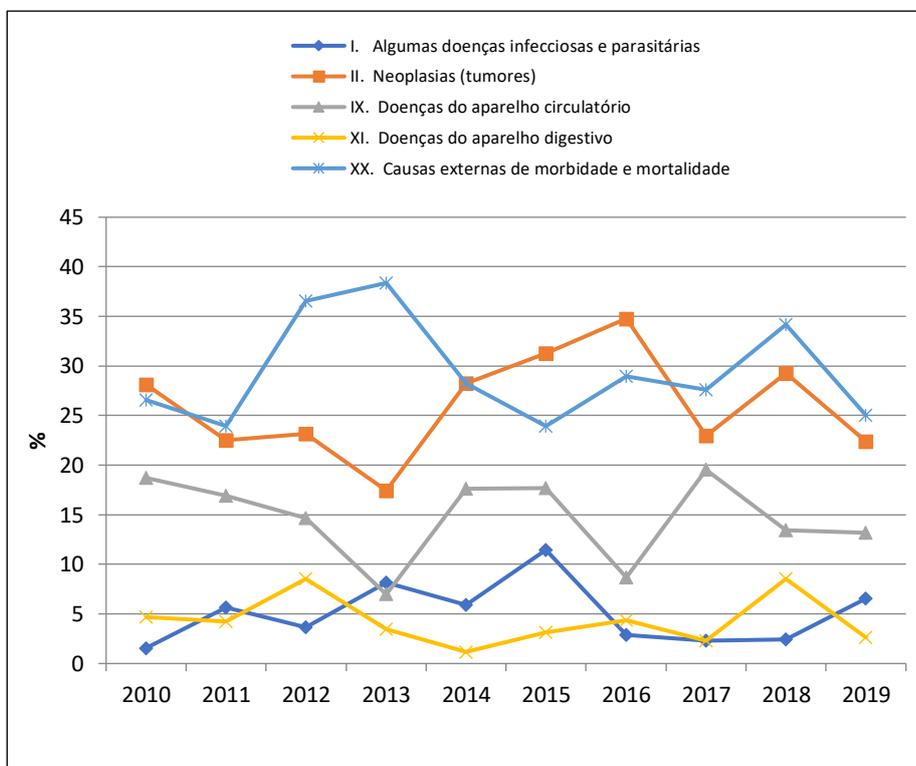
MORTE MATERNA: óbito ocorrido durante a gestação ou até 42 dias após o término da mesma, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pelo estado gravídico ou por medidas tomadas em relação a este.

Morte Materna Obstétrica Direta: óbito que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério, devida às intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes dessas causas.

Morte Materna Obstétrica Indireta: aquela resultante 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 TARDIA: é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez.

Dados do SIM apontam que nos últimos 10 anos ocorreram 798 (setecentos e noventa e oito) óbitos de Mulher em Idade Fértil (MIF), sendo desses 3,63 % (29/798) óbitos maternos declarados. As principais causas de morte de MIF foram: causas externas (29,45%), neoplasias (25,94%) e doenças do Aparelho Circulatório (14,79%), respectivamente.



Fonte: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), acesso em 23 de janeiro de 2020.

Gráfico 8. Distribuição proporcional das cinco principais causas de óbito (Cap. CID-10) de mulheres em idade fértil, residentes em Palmas-TO 2010-2019

Dentro das causas externas (235 óbitos), os acidentes de trânsito e as agressões foram as principais causas de óbito, sendo registrado a ocorrência de 124 óbitos por acidente de trânsito e 63 óbitos por agressão no período analisado. Enquanto nas neoplasias (207 óbitos), o câncer de mama e de colo do útero foram responsáveis pelo óbito de 47 e 37 MIF, respectivamente. E entre os óbitos por doenças do aparelho circulatório (118

óbitos), o acidente vascular cerebral representou mais que um terço destes (43 óbitos) (Tabela 7).

No ano de 2017 as causas externas torna a superar as neoplasia, sendo considerada a principal causa de óbito de MIF desde então.

CAUSA DE ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	f	%
1. Causas externas de morbidade e mortalidade	235	29,45
Acidente de trânsito	124	
Agressão	63	
2. Neoplasias (tumores)	207	25,94
Neoplasia maligna da mama	47	
Neoplasia maligna do colo do utero	37	
3. Doenças do aparelho circulatório	118	14,79
Acidente vascular cerebral	43	
Infarto agudo do miocárdio	24	
4. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	42	5,26
5. Doenças do aparelho digestivo	34	4,26
6. Demais causas	162	20,30
Total (1+2+3+4+5+6)	798	100

Fonte: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), acesso em 23 de janeiro de 2020.

Tabela 7. Distribuição das causas de óbitos de mulher em idade fértil, segundo Capítulo CID-10 com ênfase nas cinco principais causas. Palmas-TO, 2010 a 2019.

De acordo com a Portaria nº 1.119 de 5 de junho de 2008, os óbitos maternos e de MIF, são eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência¹⁴.

Palmas sempre apresentou indicador satisfatório de investigações de óbito de MIF e materno, com percentuais maiores que 90%. Desde 2014 todos os óbitos ocorridos foram devidamente investigados e tiveram suas informações registradas no SIM web. Tendo em vista o alto percentual de investigações alcançado pelo município, acreditamos que a possibilidade de ocorrência de Óbito materno não identificado entre as MIF é mínima.

CÁLCULO DA RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA

$$\frac{\text{Nº de óbitos maternos*}}{\text{Total de nascidos vivos em determinado local e ano}} \times 100.000$$

Parâmetro da OMS

Baixa - até 20/100.000 NV

Media - de 20 a 49/100.000 NV

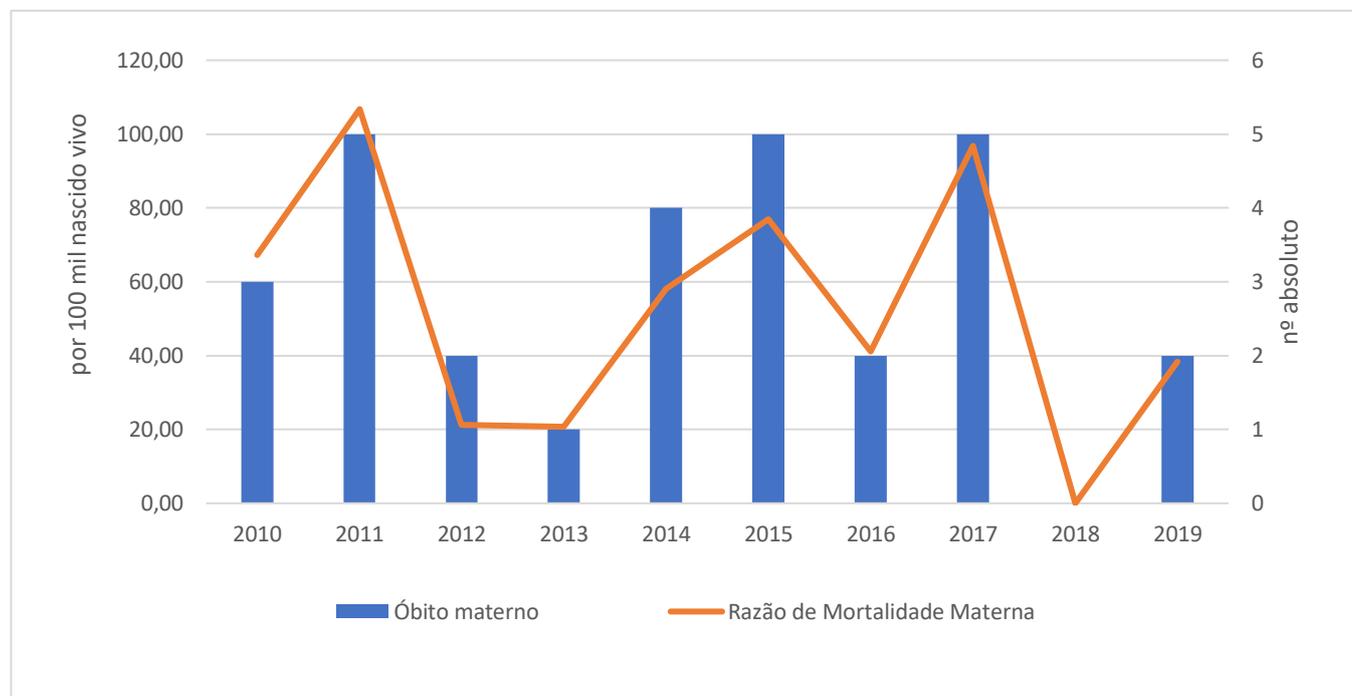
Alta - de 50 a 149/100.000NV

Muito Alta - < 150/100.000 NV

Ao analisar a série histórica da mortalidade materna, é possível observar que nos anos 2011, 2015 e 2017 houve o maior número casos, cinco em cada ano. Apenas no ano de 2018 não houve casos de óbito materno.

A razão de mortalidade materna* (RMM) estima o risco de morte ocorrida durante a gravidez, o aborto, o parto ou até **42 dias após o parto**, óbitos esses com causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, aborto, parto ou puerpério¹⁵.

Para o período analisado a RMM oscilou entre alta e média, segundo os parâmetros da OMS, apresentando seu pico no ano de 2011 com uma RMM de 106,77 óbitos por 100 mil nascidos vivos (Gráfico 9). Quando analisado o óbito materno obstétrico direto (15 dos 29 óbitos maternos registrados), as doenças hipertensivas e hemorrágicas prevalecem como as principais causa de óbito (Tabela 8).



Fonte: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), acesso em 23 de janeiro de 2020.

Gráfico 9. Série histórica da mortalidade materna em mães residentes de Palmas, 2010 a 2019.

Causa de óbito materno	f
1. Óbito materno Indireto	14
Hipertensão pré-existente a gravidez	1
Doença infecciosa e parasitária materna	2
Outras doenças maternas	11
2. Óbito materno direto	15
Eclampsia	3
Infecção do trato geniturinário na gravidez	3
Descolamento prematuro da placenta	2
Hemorragia pós-parto	1
Infecção puerperal	1
Outras complicações do trabalho de parto e do parto NCOP	1
Demais causas	4
Total (1+2)	29

Fonte: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), acesso em 23 de janeiro de 2020.

Tabela 8. Distribuição das causas de óbitos de materno, segundo classificação obstétrica e CID-10. Palmas-TO, 2010 a 2019.

Houve uma maior concentração de óbitos maternos entre mulheres com faixa-etária de 20 a 34 anos (62,07%), com ensino médio completo ou ensino superior (58,62%) e raça parda (65,52%). Identificou-se que dos 29 óbitos, três não realizaram o acompanhamento de pré-natal. Aproximadamente 59% dos óbitos (17 casos) ocorreram durante o puerpério, ou seja, até 42 dias após o término da gestação (Tabela 9).

Característica materna e gestacional	f (n=29)	%
Faixa etária		
≤ 19 anos	3	10,34
20 a 34 anos	18	62,07
≥ 35 anos	8	27,59
Escolaridade (Anos de estudo)		
nenhum		
< 8 anos	9	31,03
8 a 11 anos	11	37,93
≥ 12 anos	6	20,69
Ignorado	3	10,34
Raça		
Branca	7	24,14
Parda	19	65,52
Preta	1	3,45
Ignorado	2	6,90
Início do pré-natal		
1º trimestre	20	68,97
2º trimestre	6	20,69
Não realizou	3	10,34
Duração da gestação		
< 20 semanas	7	24,14
22 a 27 semanas	4	13,79
28 a 36 semanas	3	10,34
37 a 41 semanas	14	48,28
42 e + semanas	1	3,45
Momento do óbito materno		
Após abortamento	2	6,90
Durante a gestação	6	20,69
No parto ou até 1 hora pós-parto	1	3,45
No puerpério (até 42 dias do término da gestação)	17	58,62
Entre 43 dias e 1 ano do término da gestação	3	10,34

Fonte: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM) – módulo federal (investigação), acesso em 23 de janeiro de 2020.

Tabela 9. Distribuição de óbitos maternos segundo características sociodemográficas, gestacionais e de ocorrência do óbito. Palmas-TO, 2010 a 2019.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Sinopse do Censo demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: [IBGE]; 2011 [cited 2020 Jan 25]. ISBN: 978-85-240-4187-7. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>
- 2 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Estimativas de população [Internet]. Brasília; 2019. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2019; [cited 2020 Jan 25]; Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. [cited 2020 Jan 25]; Available from: Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 318 p.
5. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ESVB, Azevedo LMR, Evagelista Cb. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. Einstein. 2015;13(4): 618-626.
6. Gonçalves ZR, Monteiro DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. Femina. 2012;40(5):275-279.
7. Gravena AAF, Paula MG, Marcon SS, Carvalho MDB, Pelloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. Acta paul. enferm. 2013;26(2):130-135.
8. Organização Mundial da Saúde. OMS. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. [cited 2020 Jan 25]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf
9. Fundo das Nações Unidas para a Infância. UNICEF. UNICEF alerta para elevado número de cesarianas no Brasil; [cited 2020 Jan 27]; Available from: <https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/>
10. Passebon E, Bloch KV, Kale PL, Coeli CM. Associação entre peso ao nascer e mortalidade infantil no município de Campos dos Goytacazes - RJ. Cadernos saúde coletiva. 2006;14(2):283-296.
11. Organização Mundial da Saúde. OMS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. Bulletin of the world health organization [Internet]. 1987 [cited 2020 Jan 28];65:663-737. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2491072/?page=1>
12. Organização Mundial da Saúde. OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde:CID-10. 10ª Ed. rev. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2007.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde. [cited 2020 Jan 28]; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 05 de junho de 2008. Regulamenta a vigilância dos óbitos maternos. [cited 2020 Jan 28]; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade materna no Brasil. Boletim epidemiológico. 2012; 43(1):1-7.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. [Acesso em 23 janeiro de 2020].
17. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre mortalidade. [Acesso em 23 janeiro de 2020].