

A Evolução do Direito a vida - Mortalidade Perinatal em Goiás Indicadores e dados básicos de 2000 – 2010.

Rubens Ribeiro Cirqueira¹

Augusto César da Fonseca Neto²

RESUMO

As medidas preconizadas pela OMS visam por fim ao risco a vida de neonatos. Objetivou-se com este estudo analisar os índices de Mortalidade Perinatal no Estado de Goiás. Trata-se de estudo de natureza qualitativa, analisando dados dos principais sistemas de controle de nascimentos no Brasil. Os resultados revelaram que nosso Estado ainda negligencia um aspecto básico, que é o controle das estatísticas de mortalidade. Ainda possuímos muitos municípios silenciosos, que tornam difícil a implantação de políticas públicas que minorem estas taxas. Dessa maneira, faz-se necessário a implantação das normas de humanização de cuidado aos neonatos pré-termo de modo que os profissionais possam incorporar na íntegra os seus pressupostos.

Palavras-chave: sistemas de informação; mortalidade neonatal precoce; fatores de risco.

Summary

The measures recommended by the WHO aim to put an end to risk the lives of newborns. This study aimed to analyze the rates of Perinatal Mortality in the State of Goiás. This is a qualitative study, analyzing the data of the main systems of birth control in Brazil. The results revealed that our State still neglect one basic aspect, which is the control of mortality statistics. We still have many municipalities silent, which makes it difficult to deploy Public which will reduce these rates. In this way, it is necessary to the implementation of the standards of humanization of care for preterm neonates in such a way that the professionals are able to incorporate in its entirety its assumptions

Key words: information systems; early perinatal mortality; risk factors.

¹Bacharel em Teologia, Especialista em Direito Humanos e Direito da Criança e do Adolescente, pela Universidade Federal de Goiás. Atuando em Projetos Sociais em Hospitais de Goiânia.

²Orientador: Médico Psiquiatra. Atuando principalmente nos seguintes temas: pediatria, neonatologia.

Introdução

O Direito de Nascer é bem expresso pelo ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) que diz: **Do Direito à Vida e à Saúde** - Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e Perinatal. (Grifo nosso)

A mortalidade Perinatal, que compreende os óbitos fetais e neonatais precoces, tem sido recomendada como o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução da morte fetal e neonatal precoce evitável.(Brasil, 2000)

No Brasil, nascem cerca de três milhões de crianças ao ano, das quais 98% em hospitais. O Estado de Goiás responde por cerca de 150 mil destas Crianças.(Brasil, 2009). Sabe-se que a maioria delas nasce com boa vitalidade, entretanto manobras de reanimação podem ser necessárias de maneira inesperada, sendo essencial o conhecimento e a habilidade em reanimação neonatal para todos os profissionais que atendem ao recém-nascido na sala de parto, mesmo quando se espera paciente hígido sem hipóxia ou asfixia ao nascer.

A taxa de mortalidade Perinatal estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana. Esse risco, frequentemente, reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto e pode ser afetado pelas condições de acesso aos serviços de saúde e pela qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Há um indicador que foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Brasil, 2005).**Período Perinatal** - O período Perinatal começa em 22 semanas completas (154 dias) de gestação (época em que o peso de nascimento é normalmente de 500g) e termina com sete dias. O **Coefficiente de Mortalidade Perinatal** se define pelo: Número

de natimortos mais Número de óbitos de crianças até sete dias devida X 1000 Número total de nascimentos vivos e mortos(Brasil, 2010).

Tais iniciativas na definição de conceitos refletem o crescente interesse pela mortalidade Perinatal, cuja importância como indicador de saúde materno-infantil tem se ampliado como decorrência da concentração progressiva dos óbitos infantis nos primeiros dias de vida. (Brasil, 2010)

Nesse contexto, este trabalho tem por principal finalidade apresentar os índices de morte perinatais em Goiás no período de 2000 a 2010. Nestes índices vamos perceber a movimentação em torno deste tema tão importante. Consideramos este neonato como um cidadão, portanto possuidor de direitos que precisam ser respeitados. Esses Direitos dizem respeito a condições para que consiga passar pelo tempo Perinatal com boas condições para o crescimento saudável.

A redução da mortalidade infantil faz parte dos ODM, compromisso assumido pelos países integrantes da ONU, do qual o Brasil é signatário (desde o ano 2000), para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à mortalidade infantil (Objetivo quatro).

Metodologia

No Brasil, as principais informações sobre mortalidade Perinatal são as divulgadas pelas Estatísticas do Registro Civil (IBGE) e pelo Sistema de Informações de Mortalidade – SIM e Sistema de Informações de Nascidos Vivos - Sinasc (Ministério da Saúde). Os dados do IBGE são coletados diretamente dos Cartórios de Registro Civil, no momento do registro do evento.

Como tais informações são utilizadas para o monitoramento, avaliação e realização de estudos epidemiológicos sobre o tema, sua qualidade é decisiva. Esta, entretanto, depende, em grande medida, do grau de cobertura dos eventos vitais e do zelo dos registros. Nesse sentido, tanto os dados do IBGE como os do Ministério da Saúde apresentam limitações.

Resultados

A taxa de mortalidade infantil no Brasil reduziu 61,7% entre 1990 e 2010, mas o Brasil amarga o 90º lugar entre 187 países no ranking das Organizações das Nações Unidas (ONU) atrás de Cuba (5,25), Chile (6,48), Argentina (12,8), China (15,4) e México (16,5) e com inaceitáveis 19,88 mortes por mil nascimentos vivos. Estratégias de combate à mortalidade materno-infantil falharam em reduzir significativamente a mortalidade Perinatal.(Lansky, 2002)

Estima-se que 62% dos óbitos de nascidos vivos com peso superior a 1500g ao nascer são evitáveis, sendo as afecções perinatais o principal grupo de causas básicas, correspondendo a cerca de 60% das mortes infantis.

O desigual acesso e uso dos serviços de saúde, deficiente qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido fazem com que a mortalidade Perinatal afete desproporcionalmente diferentes classes socioeconômicas e regiões brasileiras.(Brasil, 2012)

Claro está pelo que se apresenta que as desigualdades sociais entre regiões e populações no Brasil se reproduzem e continuarão a se reproduzir nas taxas de mortalidade infantil, o que faz do assunto um relevante problema de saúde a ser enfrentado por toda a sociedade.

Por esse motivo, a Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa, (Brasil, 2009) calcula taxas de mortalidade Perinatal somente para as Unidades Federadas onde o cálculo da mortalidade infantil é realizado diretamente. Esses Estados exibem cobertura e regularidade do SIM igual ou superior a 80% e cobertura do Sinasc igual ou superior a 90%. São eles: Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, além do Distrito Federal. Para os demais as taxas são estimadas pelo Ministério da Saúde por métodos demográficos indiretos.

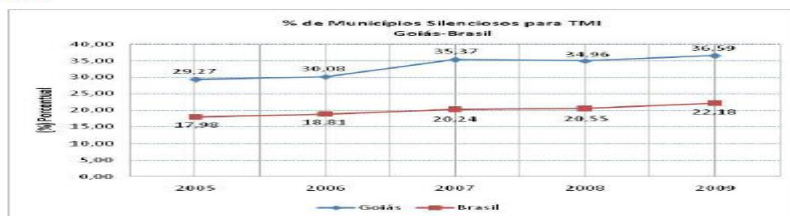
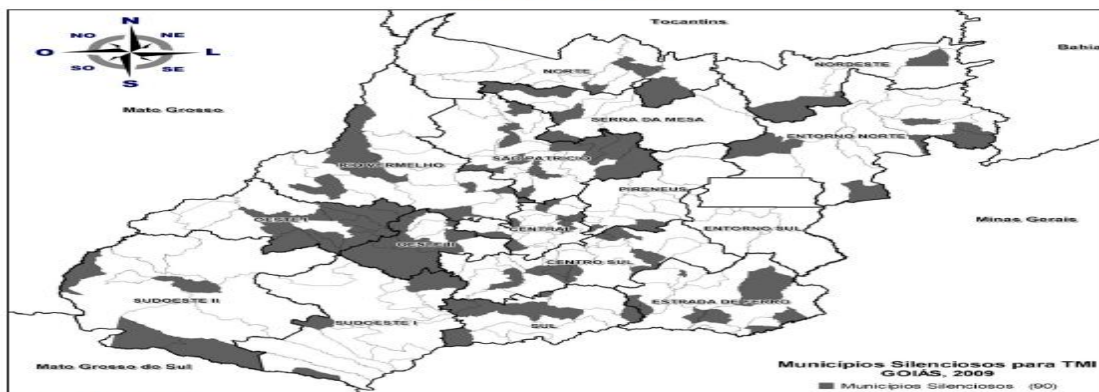
Goiás, portanto, figura nas regiões subnotificadas. De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, esses dados têm sido negligenciados em 90 municípios espalhados por todo Estado. (Brasil, 2010). Os índices encontrados no Sinasc, Sim e Datasus para Goiás estão comparados com os resultados obtidos nacionalmente(Araújo,1999). O Estado de Goiás, segundo o censo realizado pelo IBGE em 2010, possuiu uma população de

6.004.045 Habitantes. Está dividido em 5 macrorregiões: nordeste, centro-oeste, centro-norte, sudeste e sudoeste. Essas Macrorregiões estão subdivididas em 16 regiões de saúde com 15 regionais. Cada uma delas possui um município sede regional de saúde, representando a secretaria de Estado da Saúde.



Em todo o nosso Estado nós temos um alto número de municípios subnotificados, que são considerados “silenciosos”, no controle e lançamentos corretos nos órgãos de controle de Natalidade citados anteriormente. Esta realidade pode ser percebida no mapa:

11 – MUNICÍPIOS SILENCIOSOS PARA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL – TMI – GOIÁS



Em uma projeção feita do ano 2000 a 2010, o estado de Goiás não conseguiu atingir a meta de 80% dos municípios incluindo seus dados no SIM e SINASC.

C.2 Taxa de mortalidade Perinatal

Número de óbitos no período Perinatal por 1.000 nascidos vivos, segundo UFBrasil, 2000-2011

UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Região Centro-Oeste	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mato Grosso do Sul	24,6	27,8	23,0	21,8	21,5	20,1	20,4	19,3	19,7	19,8	18,2
Mato Grosso	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Goiás	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Distrito Federal	18,2	18,4	16,8	16,8	15,5	15,6	15,7	14,7	14,9	15,4	15,2
Fontes:											
MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC											
MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM											

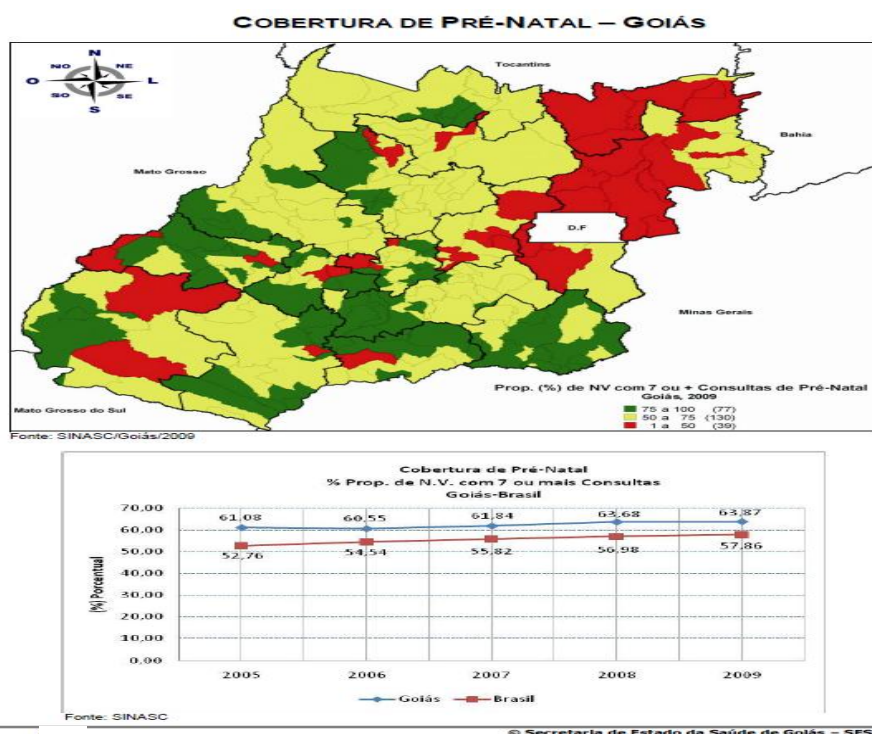
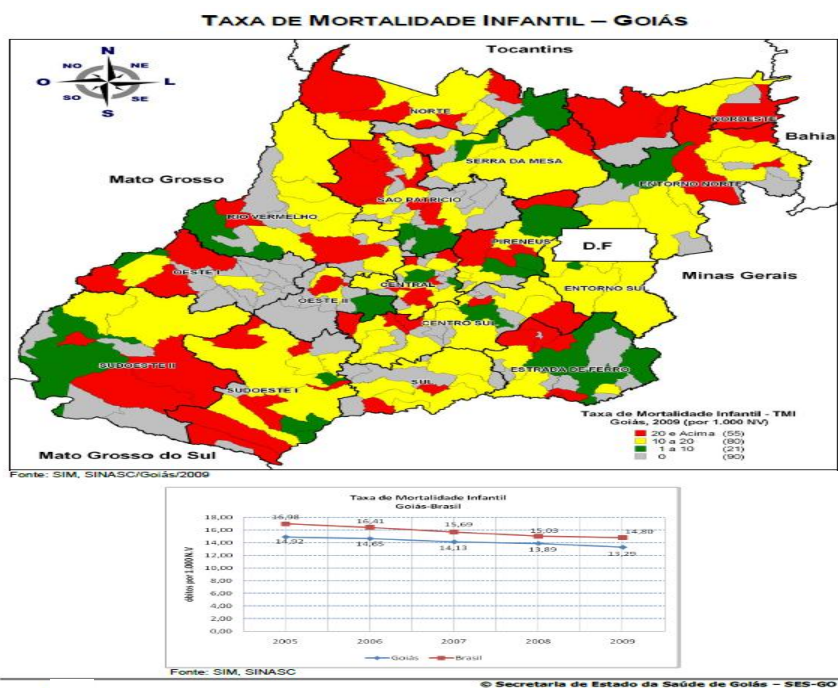
Notas:

1. Indicador calculado diretamente dos sistemas SIM e SINASC, para os estados que atingiram índice final (cobertura e regularidade do SIM) igual ou superior a 80% e cobertura do SINASC igual ou superior a 90%.
2. Os valores apresentados podem diferir dos publicados em outros meios na primeira ou segunda casa decimal, em razão da forma de armazenamento e arredondamento.

A Secretaria de Estado de Saúde divulgou um documento, demonstrando por regiões os índices de mortalidade infantil. Dentro desta perspectiva podemos fazer um recorte, naquilo que é o objetivo deste artigo, que é mortalidade Perinatal. Que diz respeito ao número de óbitos fetais a partir de 22 semanas completas de gestação (154 dias) acrescidas dos óbitos ocorridos até o 7º dia completo de vida, por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos), em determinado período, no espaço geográfico considerado.

A taxa é influenciada por numerosos fatores, sendo de especial interesse os vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer e a qualidade da assistência prestada à gestante, à parturiente e ao recém-nascido. Taxas elevadas estão geralmente associadas a

condições insatisfatórias de assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Nos Mapas a seguir podemos ver as taxas de mortalidade infantil no Estado e a comparação da cobertura pré-natal, que corresponde a um fator primordial para que possamos evoluir no combate a esta mortalidade Perinatal.



A subnumeração de óbitos fetais tende a ser maior que a de óbitos de menores de um ano e é mais difícil de ser estimada. A informação sobre a duração da gestação é frequentemente omitida na Declaração de Óbito, comprometendo a aplicação precisa da definição de período Perinatal. Comparações temporais e espaciais podem ser invalidadas por utilizarem diferentes definições de período Perinatal, considerando que as revisões anteriores à [11]CID-10 adotavam o critério de 28 semanas de gestação.

No Brasil, mais de 68% da diminuição da mortalidade Perinatal registrada entre 2000 e 2010 pode ser atribuída à redução do número de óbitos por adequada atenção ao recém-nascido. Os óbitos provocados por causas reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto diminuíram de forma moderada, contribuindo com 26,8% dessa redução. As taxas de mortalidade Perinatal por causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação permaneceram praticamente constantes durante esse período. Já as causas de morte reduzíveis por ações de diagnóstico precoces e por promoções vinculadas às ações de atenção apresentam taxas relativamente reduzidas e, embora com significativas quedas, suas contribuições para reduzir a mortalidade Perinatal são quase desprezíveis.

Dentre as ações com impacto para a redução da mortalidade infantil, estão aquelas relacionadas com a qualidade da assistência pré-conceptiva: planejamento familiar com acesso a pelo menos três métodos contraceptivos, aconselhamento visando diminuir a incidência de gravidez na adolescência e gravidez de alto-risco, tratamento anti-helmíntico, suplementação de ferro e ácido fólico e o aumento do período inter-gestacional entre 2 a 6 anos; e com o acompanhamento pré-natal: número de consultas de pré-natal realizadas, exames do protocolo de acompanhamento pré-natal previsto na Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituída pela Portaria/GM nº569/2000.

É necessário em primeiro lugar lutar para que os controles de mortalidade perinatal sejam lançados acima da média determinada pela OMS. Assim, em seguida sabendo dos índices teremos parâmetros para que medidas saneadoras sejam implementadas.

Distribuição da mortalidade perinatal, segundo grupos de causas de morte
Brasil – 2000-2010

Causas de morte	Em porcentagem										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Evitáveis	71,9	71,2	70,2	70,5	69,8	71,5	71,2	71,6	71,8	72,0	72,0
Pelas ações de imunização	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Por atenção à mulher na gestação	27,0	26,2	26,4	28,5	27,9	28,8	29,9	30,8	31,0	30,6	31,8
Por adequada atenção à mulher no	27,8	28,6	28,4	28,2	29,0	29,3	29,9	29,8	29,8	30,3	29,5
Por adequada atenção ao recém-	16,5	15,8	14,8	13,4	12,6	12,9	10,9	10,6	10,5	10,7	10,3
Por ações de diagnóstico e tratamento	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
Por ações promoção vinc. ações de	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2
Mal definidas	18,1	18,2	19,0	18,3	18,6	17,3	17,3	16,9	16,6	16,7	15,5
Demais causas (não claramente evitáveis)	10,1	10,6	10,8	11,1	11,6	11,2	11,6	11,6	11,5	11,3	12,5

Fonte: MS/SVS/DASIS. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

No Brasil, estima-se que cerca de 60% dos óbitos perinatais ocorram por causas evitáveis (BRASIL, 2009). As principais falhas que contribuem para as altas taxas de mortalidade fetal e neonatal precoce são relacionadas à qualidade da atenção pré-natal, diagnóstico de alterações na gravidez, manejo obstétrico e atendimento do recém-nascido na sala de parto (reanimação). Dessa forma, os principais problemas que conduzem ao desfecho negativo da gestação são relacionados a falhas na capacidade prevenção e resposta em face de intercorrências durante a gestação, parto e puerpério, coincidindo com o período Perinatal.

Com essa preocupação, Silva (1994) ressalta que é no cotidiano que se constroem relações pedagógicas permanentes em movimentos de construção e desconstrução cultural. Porém, muitas dificuldades são encontradas para o desenvolvimento desse trabalho educativo: a questão da disponibilidade de tempo, o envolvimento da equipe de saúde, práticas educativas tradicionais que não estimulam a participação, modelo de saúde vigente voltado principalmente para ações curativas. Quanto a isto, Chiesa (1995) coloca que a superação da problemática das práticas educativas não ocorrerá em curto prazo, porém é importante que se pense nas possibilidades de atendimento, se realmente considerarmos que a assistência pré-natal é um fator importante na redução das taxas de mortalidade Perinatal, e conseqüentemente, entendendo esta redução como uma melhora dos indicadores de saúde do estado de Goiás.

Conclusão

Atualmente, a mortalidade Perinatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado tem sido um dos desafios para reduzir esses índices em nosso País. Em Goiás, ainda temos 90 municípios que são considerados silenciosos, na notificação das mortes perinatais. A redução da mortalidade Perinatal requer, portanto, medidas mais específicas, como: identificar gestações de alto risco e tratar precocemente as suas complicações. Para enfrentar a mortalidade Perinatal se faz necessário o desenvolvimento de ações que garantam, para as gestantes, acesso às informações sobre fatores de risco na gravidez, orientação alimentar e sobre a amamentação, a preocupação para o momento do parto. Estas ações podem ser desenvolvidas durante o atendimento do pré-natal estimulando inclusive, a formação de grupos de gestantes, tanto para a mulher como para o companheiro.

Precisamos avançar em nosso Estado no cuidado e notificações corretas e coerentes para a busca de políticas públicas que visem à diminuição das taxas de Mortalidade Perinatal em Goiás.

A mortalidade perinatal tem sido recomendada como o indicador mais apropriado para a avaliação da assistência obstétrica e neonatal e da utilização dos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução da morte fetal e neonatal precoce evitável.

Conclui-se ser importante estimular a utilização dos dados gerados pelos sistemas de informações de base no planejamento das ações de saúde e a sensibilização dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos documentos que os alimentam, no caso específico a Declaração de Óbito e Declaração de Nascido Vivo. A redução da mortalidade perinatal está ligada ao reconhecimento da sua importância pelos gestores do sistema de saúde. Conferir visibilidade a esta situação é tarefa primeira para a tomada de decisões.

Referências

1 - Estatuto da Criança e do Adolescente

2 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_mortalidade_perinatal.pdf

3 - http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_nasc.pdf

- 4- (PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL, SBP)Brasil. Ministério da Saúde.
- 5-Datasus [homepage on the Internet]. Nascidos vivos – desde 1994 – Brasil [Citado 2013 Jan 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=668> – Acesso em: 25/07/2015
- 6- Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais [homepage na Internet]. Dados 2010 [Citado 2013 Jan 10]. Disponível em: <http://www.redeneonatal.fiocruz.br/>
- 7-Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. Rev Saúde Pública 2002; 36:759-72.
- 8- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 43 p.
- 9- Rede de informações formalizada por Portaria Ministerial (Portaria n. 2.390/GM, Ministério da Saúde) e termo de cooperação com a Opas/OMS.
- 10-http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_s.php
- 11-<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/c02b.htm>Fontes: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASCMS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM- **Notas:** Indicador calculado diretamente dos sistemas SIM e SINASC, para os estados que atingiram índice final (cobertura e regularidade do SIM) igual ou superior a 80% e cobertura do SINASC igual ou superior a 90%. Os valores apresentados podem diferir dos publicados em outros meios na primeira ou segunda casa decimal, em razão da forma de armazenamento e arredondamento.
- 12- Ministério da Saúde/CENEPI: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
- 13http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_mortalidade_perinatal.pdf
- 14-ARAÚJO, B.F. *Mortalidade Neonatal Precoce no Município de Caxias do Sul, 1995*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo - SP. 1999.
- 15-CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F. A Sistematização de Oficinas Educativas Problematicadoras no Contexto dos Serviços Públicos de Saúde. *Saúde Em Debate*, n.46, n.19-22, 1995.

Anexo

Definindo Termos
Taxa de mortalidade infantil: Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008).
Taxa de mortalidade neonatal precoce: Número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008).
Óbito fetal: Óbito antes do nascimento com vida ocorrido a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm (RIPSA, 2008).
Óbito perinatal: Mortes que ocorrem entre a 28ª semana de gestação ao 7º dia após o nascimento (DECS, 2010).
Taxa de mortalidade perinatal: Número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008).
Afecções perinatais: Eventos ocorridos no período perinatal que afetam a saúde do feto ou da criança, podendo causar sua morte (grupo de causas básicas de óbito relacionado com o período perinatal pela classificação CID-10). (LANSKY e FRANÇA, 2009)