

Barriga Verde

Informativo Epidemiológico

Agosto 2022

www.dive.sc.gov.br

MORTALIDADE PERINATAL

Estado de Santa Catarina

Gerência de Análises Epidemiológicas e
Doenças e Agravos Não Transmissíveis



SUMÁRIO

Introdução.....	05
A rede de atenção e a vigilância dos óbitos infantis e fetais.....	06
Métodos.....	07
Análise da mortalidade perinatal em Santa Catarina.....	10
Conclusão.....	18

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1.** Número de óbito fetal e neonatal precoce e taxa de mortalidade perinatal (por 1.000 nascimentos totais). Santa Catarina, 2011 a 2020.....10
- GRÁFICO 2.** Número de óbito fetal e neonatal precoce e taxa de mortalidade perinatal (por 1.000 nascimentos totais), por região de saúde. Santa Catarina, 2020.....11
- GRÁFICO 3.** Distribuição dos óbitos perinatais segundo classificação de Wigglesworth modificada. Santa Catarina, 2011, 2015 e 2020.....15
- GRÁFICO 4.** Distribuição dos óbitos perinatais segundo classificação de Wigglesworth modificada por Região de Saúde de residência. Santa Catarina, 2020.....16
- GRÁFICO 5.** Óbitos perinatais por faixa de peso segundo classificação de Wigglesworth modificada. Santa Catarina, 2020.....17

FIGURA

FIGURA 1. Taxa de óbitos perinatais (a cada mil nascimentos totais) por município.
Santa Catarina, 2020.....14

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Número, proporção e taxa de mortalidade por característica mãe, da criança e da gestação/parto.Santa Catarina, 2020.....13

TABELA 2. Proporção de óbitos perinatais por grupos de causa. Santa Catarina, 2011, 2015 e 2020.....15

INTRODUÇÃO

Historicamente a taxa de mortalidade infantil (TMI), isto é, de crianças menores de um ano de idade, interferiu muito na configuração da mortalidade geral. Segundo a UNICEF (2021), progressos substanciais ocorreram no mundo a partir da Revolução Industrial associados, principalmente, à urbanização, melhoria das condições gerais de vida, aumento da escolaridade, uso de novas técnicas sanitárias, e desenvolvimento de vacinas e antibióticos, com isso o mundo registrou entre os anos de 1990 e 2015 uma queda de 60% na taxa de mortalidade de crianças de até 5 anos.

Considera-se nascido vivo (NV) todo produto da concepção que, independentemente do tempo de gestação, depois de expulso ou extraído do corpo da mãe, respira ou apresenta outro sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta (MONTENEGRO, 2015). A mortalidade infantil é considerada a partir do nascimento vivo, classificada em componente neonatal (quando o óbito ocorre até o 27º dia de vida), e pós-neonatal (quando ocorre entre o 28º e o 364º dia de vida). A mortalidade neonatal pode ser subdividida em neonatal precoce, que vai do nascimento até o 6º dia de vida, e neonatal tardio, do 7º ao 27º.

A mortalidade fetal se refere ao óbito do produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, ocorrido em gestação com duração igual ou superior a 20 semanas OU com peso fetal igual ou superior a 500 g OU estatura fetal igual ou superior a 25 cm (BRASIL, 2022). Já os óbitos perinatais se referem ao somatório de todos os óbitos fetais ocorridos a partir de 22 semanas de gestação e os nascidos vivos que vêm a óbito até o 6º dia de vida (neonatal precoce).

Com o declínio da mortalidade na infância, a mortalidade perinatal tem se destacado como um problema de saúde pública, especialmente em países de baixa e média renda. Ela sinaliza o nível de desenvolvimento social e de garantia de direitos humanos, onde o investimento em cuidados pré-natais e no nascimento pode ter um impacto significativo na redução da mortalidade. Segundo a OMS (2014), a alta cobertura de cuidados ao nascimento e de recém-nascidos pequenos e doentes salvariam quase três milhões de vidas a cada ano, entre mulheres, recém-nascidos e fetos.

Apesar da redução no número de óbitos fetais no mundo, as mortes neste grupo e de recém-nascidos, estão reduzindo em menor velocidade. Dessa forma, a classificação das causas dos óbitos de acordo com a possibilidade de preveni-las constitui um elemento essencial para avaliação da qualidade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, para o planejamento de ações que visem a sua redução (NÓBREGA et al., 2022).

As mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Por sua vez, a mortalidade fetal partilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologias que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida. No entanto, têm sido historicamente negligenciada pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e muito menos alocaram investimentos específicos para a sua redução (BRASIL, 2020).

A mortalidade fetal não está nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) e tão pouco consta na agenda das políticas públicas de saúde. A maior parte dos óbitos fetais são considerados potencialmente evitáveis e ocorrem muitas vezes ao final de gestações de baixo risco, isto é, em fetos normais e sem malformações congênitas (BITTENCOURT ET AL., 2013).

A REDE DE ATENÇÃO E A VIGILÂNCIA DOS ÓBITOS INFANTIS E FETAIS

Definido pela Lei Orgânica 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Vigilância Epidemiológica compreende um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Entre as responsabilidades da vigilância epidemiológica, encontra-se a vigilância dos óbitos infantil e fetal.

A Portaria GM n. 72, de 11 de janeiro de 2010, estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, as secretarias de saúde devem designar uma equipe de vigilância de óbitos de referência do município, região e estado, para que a integração sistêmica de ações, serviços de saúde e a qualificação dos profissionais atuem para a redução da mortalidade perinatal. A coleta de dados, a análise do óbito e a conclusão da investigação devem ocorrer no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data da ocorrência do óbito. O propósito da investigação de óbito e atuação dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e assim recomendar ações para a redução da mortalidade, subsidiando as políticas públicas.

No Brasil, as ações integradas propostas pela estratégia Rede Cegonha constituem a Linha de Cuidados Integrados de Atenção à Saúde Materno-Infantil, e tem como objetivo principal ampliar o acesso da população ao serviço, com a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), prevendo o acompanhamento das gestantes desde o planejamento ou a descoberta da gravidez até o parto e puerpério, tomando a unidade básica de saúde próxima a sua casa como referência, e sabendo com antecedência onde darão à luz.

Em Santa Catarina (2019), a RAS contempla um conjunto de ações que se iniciam com a captação precoce da gestante, o acompanhamento no pré-natal com no mínimo 7 consultas, a realização dos exames preconizados, a estratificação de risco, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, e a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

Em 2022, o Ministério da Saúde lançou a nova Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) do Sistema Único de Saúde (SUS). A estratégia veio para ampliar o financiamento anual da saúde da mulher e da criança, constituída pelos componentes: Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada, Atenção Hospitalar, Sistema de Apoio, Sistemas Logísticos e Sistema de Governança. Assim, a Portaria GM/MS n. 715, de 04 de abril de 2022 institui 3 objetivos principais: implementar modelo de atenção à saúde seguro, de qualidade e humanizado, com foco no planejamento familiar, na gravidez, no pré-natal, no nascimento, na perda gestacional, no puerpério e no cuidado do recém-nascido e da criança, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis; garantir a integralidade do cuidado no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e, no puerpério, bem como ao recém-nascido e à criança, com foco na resolutividade da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e, reduzir a morbimortalidade materna e infantil.

A implementação de políticas públicas e de programas desenhados para fortalecer e ampliar o acesso aos serviços de atendimento, constituem estratégias singulares para a redução da morbimortalidade perinatal. Da mesma forma, o investimento permanente na melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, instituindo medidas de orientação e qualificação profissional, associado ao fortalecimento dos comitês de prevenção dos óbitos, são fundamentais para o enfrentamento dessa problemática.

MÉTODOS

Este Boletim Epidemiológico foi conduzido a partir da análise descritiva e transversal da base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), que são os sistemas oficiais de captação de óbitos e nascimentos no país, servindo como base de dados para o cálculo dos indicadores de saúde nos níveis federal, estadual e municipal. Os dados foram considerados por data de ocorrência de acordo com a localidade de residência em Santa Catarina, no período de 2011 a 2020. Foi utilizado como ferramenta de tabulação o software livre R, através de sua interface RStudio, versão 4.1.1 para Windows.

A taxa de mortalidade perinatal foi calculada a partir do somatório do número de óbitos fetais a partir de 22 semanas completas de gestação (154 dias) e dos óbitos neonatais precoces, ocorridos até o 6º dia completo de vida, dividido pelo número de nascimentos totais (óbitos fetais e nascidos vivos), multiplicado por mil, em determinado período, no espaço geográfico considerado.

Para a caracterização dos óbitos perinatais foram consideradas as variáveis sexo (masculino/feminino), raça (branca, preta, parda, amarela e indígena), peso ao nascer (<1000g, 1000 a 1499g, 1500 a 2499g, 2500 ou mais), escolaridade materna (0 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos e 12+), duração da gestação (< 28 sem, 28 a 31 semanas, 32 a 33 sem, 34 a 36 sem e ≥ 37 sem), tipo de parto (vaginal e cesário), idade materna (até 19 anos, 20 a 29, 30 a 39 e 40+), tipo de gravidez (única/múltipla).

Para a tabulação das causas de óbito perinatal segundo a classificação de Wigglesworth modificada (NOBREGA et al., 2022), foram definidos cinco grupos de causas excludentes, sendo:

1. **Anteparto:** composto por todos os óbitos fetais ocorridos antes do trabalho de parto.
2. **Anomalias Congênitas:** foram consideradas como malformação letal ou potencialmente letal: Q00-Q01, Q03, Q04.2-Q04.3, Q04.9, Q05, Q20-Q28, Q33.6, Q60.1-Q60.2, Q60.6, Q61.0-Q61.4, Q61.9, Q77.1, Q78.0, Q79.0, Q79.2-Q79.3, Q87.2, Q89.4, Q89.7-Q89.9, Q91, Q92.7 (WILKINSON et al., 2012).
3. **Prematuridade:** foram incluídos todos os nascidos vivos com menos de 37 semanas de gestação, excluídos os que se enquadram nos demais grupos; e, os nascidos vivos com peso ao nascer menor que 1.000g, exceto os classificados como anomalia congênita e causas específicas.
4. **Trauma de parto e asfixia:** foram incluídas todas as causas básicas do capítulo XVI da Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão - CID 10 (OMS, 2009), classificando o traumatismo de parto de P10 a P15; a asfixia, a hipoxia intrauterina (P20) e a asfixia ao nascer (P21).
5. **Causas específicas:** incluídos todos os óbitos por sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, vírus herpes simplex (STORCH), e óbitos neonatais precoces que foram a óbito com 4h ou mais após o nascimento e com 37 ou mais semanas de gestação. As causas básicas finais do óbito, confirmadas após investigação (BRASIL, 2010), foram informadas por meio de códigos da CID-10 (OMS, 2009).

Para a tabulação segundo lista reduzida de causas de óbito, foram subdivididos em sete grupos de categorias e subcategorias da CID-10, agregadas de acordo com sua importância na orientação de ações de saúde voltadas a prevenir óbitos em momentos diferenciados da assistência à gestante, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2019), sendo:

1. Fatores maternos e perinatais:

- **Prematuridade:** P07.0 a P07.3, P22.0, P25.0 a P26.9, P27.1, P28.0, P52.0 a P52.9, P77.
- **Fatores maternos:** P00.0 a P00.9, P01.0 a P01.6, P01.8 a P01.9, P02.2 a P02.3, P02.7 a P02.9, P04.0 a P04.9, P96.4, P05.0 a P05.9.
- **Infecções perinatais:** P36.0 a P36.9, P23.0 a P23.9, P35.1 a P35.2, P35.4 a P35.9, P37.0 a P37.9, P38, P39.0 a P39.9, A50.0 a A50.9, B20.0 a B23.9, B24.
- **Asfixia/hipóxia:** P20.0 a P21.9, P03.0 a P03.9, P10.0 a P15.9, P24.0 a P24.2, P24.4 a P24.9, P01.7, P02.0, P02.1, P02.4 a P02.6.
- **Transtornos cardiovasculares originados no período perinatal:** P29.0 a P29.9.
- **Afecções respiratórias perinatais:** P28.1 a P28.4, P28.8 a P28.9, P22.1.

2. **Malformações congênitas:** Q20.0 a Q28.9, Q00.0 a Q07.9, Q42.0 a Q42.9, Q35.0 a Q37.9, Q39.0 a Q39.9, Q79.0 a Q79.5, Q40.1, Q60.0 a Q60.6, Q90.0 a Q90.9, Q10.0 a Q18.9, Q30.0 a Q34.9, Q38.0 a Q38.9, Q40.0, Q40.2 a Q41.9, Q43.0 a Q56.9, Q61.0 a Q78.9, Q79.6 a Q89.9, Q91.0 a Q99.9.
3. **Síndrome da morte súbita em menores de 1 ano:** R95.
4. **Infecções da criança:** J12.0 a J18.9, J00.0 a J06.9, J09, J10.0 a J11.9, J20.0 a J20.9, J22, J21.0 a J21.9, A00.0 a A08.9, A09, E86, E87.0 a E87.8, A40.0 a A41.9, A39.0 a A39.9, G00.1 a G00.9, G03.0 a G04.9
5. **Causas mal definidas ou inespecíficas:** P22.8, P22.9, P28.5, J96.0, J96.9, J98.0 a J98.9, P96.9, R00.0 a R94.9, R96.0 a R96.1, R98, R99.
6. **Causas externas:** J69.0 a J69.9, P24.3, W78.0 a W78.9, W79.0 a W80.9, W84.0 a W84.9, V01.0 a W77.9, W81.0 a W81.9, W83.0 a W83.9, W85.0 a Y89.9
7. **Demais causas:** A200 a A329, A38, A420 a A499, A510 a A799, A810 a A889, A89, A90, A91, A920 a A989, A99, B000 a B009, B020 a B029, B03, B04, B07, B080 a B159, B170 a B199, B250 a B259, B270 a B978, B99, C000 a D489, D550 a D899, E000 a E358, E65, E660 a E859, E880 a E899, E90, F000 a F989, F99, G01, G020 a G029, G050 a G059, G060 a I988, I99, J300 a J449, J47, J60, J61, J620 a J689, J700 a J959, J961, J990 a J998, K000 a O998, P080 a P082, P270, P278 a P279, P500 a P519, P53, P540 a P769, P780 a P963, P965 a P968.

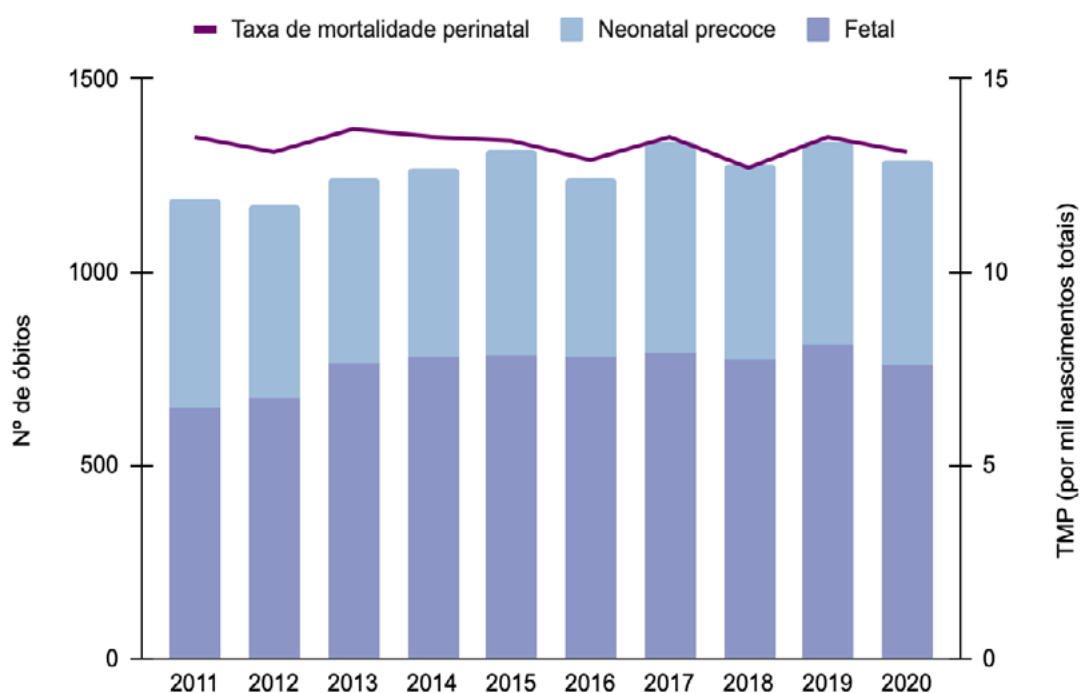
Todos estes conceitos e códigos foram considerados para a separação dos dados e a construção deste boletim epidemiológico.

ANÁLISE DA MORTALIDADE PERINATAL EM SANTA CATARINA

No Brasil a taxa de mortalidade perinatal (TMP) chegou a 15,5‰ no ano de 2018, ou seja, 15 óbitos a cada mil nascimentos totais (NV e óbitos fetais acima de 22 semanas de gestação). No mesmo ano os óbitos neonatais precoces representaram a taxa de 6,5‰, o que corresponde a menos da metade da taxa dos óbitos perinatais (NÓBREGA et al., 2022).

No Estado de Santa Catarina no período de 2011 a 2020, como observado no Gráfico 1, a TMP foi de 13,5‰ em 2011 para 13,1‰ em 2020, apresentando uma queda de menos de 3% da taxa em 10 anos. Nesse período a taxa de mortalidade fetal (TMF) chegou a 8,4‰ em 2013 e evoluiu de 7,3‰ em 2011 para 7,7‰ em 2020, com um aumento de 5,5%.

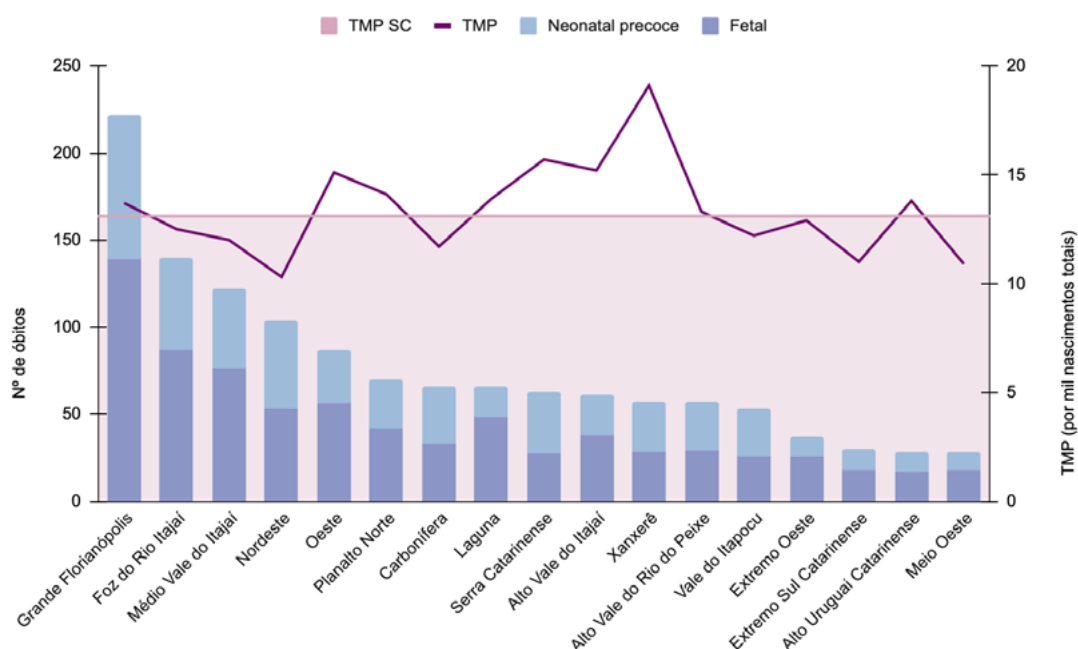
GRÁFICO 1: Número de óbito fetal e neonatal precoce e taxa de mortalidade perinatal (por 1.000 nascimentos totais). Santa Catarina, 2011 a 2020.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Em 2020 foram registrados 1.291 óbitos perinatais, sendo 761 fetais e 530 neonatais precoces no Estado de Santa Catarina. Quando avaliados os dados por região de saúde no ano de 2020 (Gráfico 2), a Grande Florianópolis se destacou com o maior número de óbitos fetais (139) e neonatais precoces (83), no entanto por ter apresentado também o maior número de nascimentos (16.091 NV e 139 óbitos fetais) obteve TMP de 13,7 óbitos a cada mil nascimentos totais. As maiores TMP ocorreram em Xanxerê (19,1‰), Serra Catarinense (15,7‰) e Alto Vale do Itajaí (15,2‰), e as menores no Nordeste (10,3‰), Meio Oeste (10,9‰) e Extremo Sul Catarinense (11,0‰). Dentre as TMF se destacaram as regiões de Laguna (10,1‰) e Oeste (9,7‰), e dentre as maiores taxas de mortalidade neonatal precoce (TMNP) as regiões Xanxerê (9,8‰) e Serra Catarinense (9,0‰). Em todas as regiões de saúde a TMF foi maior que a TMNP, exceto em Xanxerê, Serra Catarinense e Vale do Itapocu.

GRÁFICO 2: Número de óbito fetal e neonatal precoce e taxa de mortalidade perinatal (por 1.000 nascimentos totais), por região de saúde. Santa Catarina, 2020.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

A Tabela 1 traz informações detalhadas em relação ao número, proporção e taxa de mortalidade segundo características da mãe, da criança e da gestação/parto distintas entre os óbitos fetais, neonatais precoces e perinatais de Santa Catarina no ano de 2020.

Em relação às características maternas observa-se que embora o maior número de óbitos tenha ocorrido entre mães com idade de 20 a 39 anos, as maiores taxas concentraram-se nos extremos de idade, sendo maior entre mães com 40 anos ou mais, seguida das mães com idade até 19 anos. Quanto à escolaridade, a maior frequência de óbitos se apresentou em mães com 8 ou mais anos de estudo, no entanto as taxas foram inversamente proporcionais, isto é, quanto menor o nível de estudo maior a taxa de mortalidade, independentemente do componente analisado. Já em relação à raça/cor, a informação está disponível somente para óbitos neonatais precoces devido estar presente apenas para NV, e nestes se destacaram com maior número as mães de cor branca, porém com maior taxa entre indígenas.

Em relação às características da criança, o sexo masculino se destacou nos três tipos de óbito tanto em relação ao número quanto a taxa de mortalidade. Considerando o peso da criança a maior proporção e taxa ocorreu entre menores de 1.000 gramas, explicada pela fragilidade do desenvolvimento fetal, no entanto 22,2% (286) correspondeu a proporção de óbitos perinatais em crianças com 2.500 gramas ou mais.

Considerando as características da gestação e parto, percebe-se que a gestação múltipla representou fator de risco para a mortalidade perinatal, com TMP 4,5 vezes maior do que em gestação única. O tipo de parto vaginal foi o mais frequente e com maior taxa de mortalidade, porém é necessário frisar que a maioria dos óbitos fetais (64%) evoluiu para parto vaginal, o que contribuiu para o aumento da TMP neste grupo. A duração da gestação apresentou-se semelhante ao peso ao nascer, com destaque para as maiores taxas à medida que diminuiu a idade gestacional, no entanto 273 (21,1%) dos óbitos perinatais tinham 37 semanas ou mais.

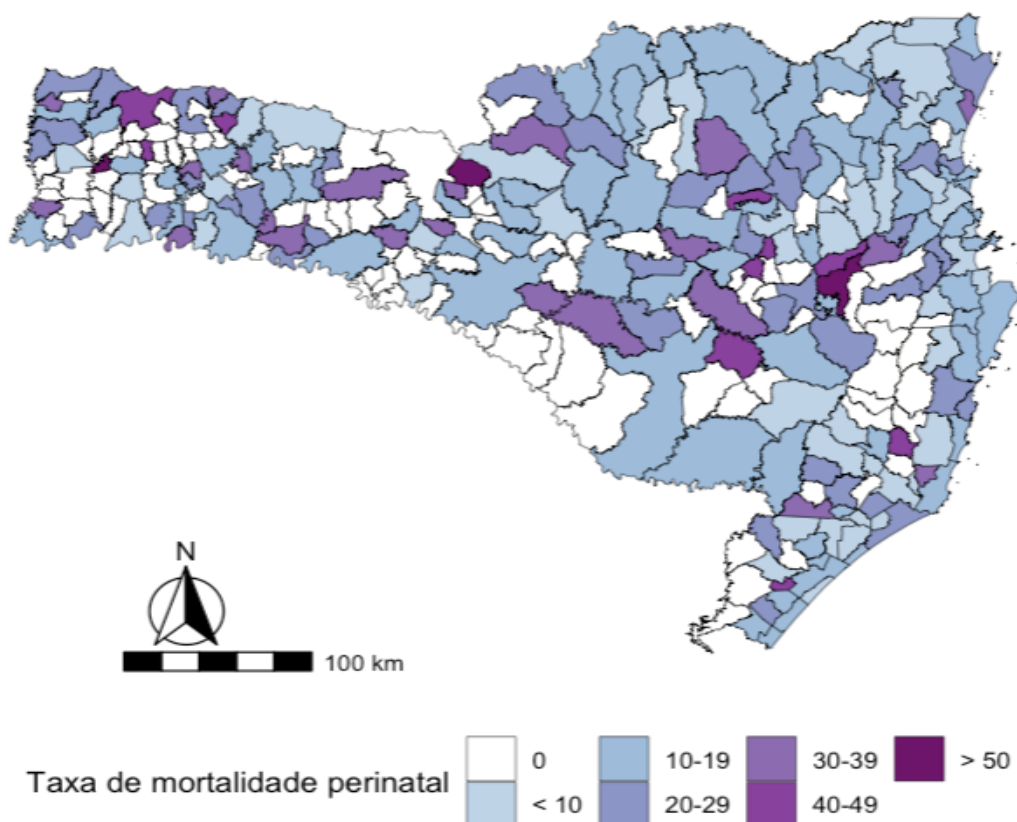
TABELA 1: Número, proporção e taxa de mortalidade por característicada mãe, da criança e da gestação/parto. Santa Catarina, 2020.

	NV		Óbito Fetal		Óbito Neonatal Precoce			Óbitos Perinatais		
Características maternas										
Faixa etária	N°	N°	%	Taxa	N°	%	Taxa	N°	%	Taxa
Até 19	9356	78	10,2	8,3	61	11,5	6,5	139	10,8	14,7
20 a 29	47688	336	44,2	7,0	208	39,2	4,4	544	42,1	11,3
30 a 39	37083	262	34,4	7,0	181	34,2	4,9	443	34,3	11,9
40 ou +	3672	50	6,6	13,4	32	6,0	8,7	82	6,4	22,0
Branco/Ign.	2	35	4,6	-	48	9,1	-	83	6,4	-
Escolaridade										
0 a 3	973	31	4,1	39,9	30	5,7	30,8	61	4,7	60,8
4 a 7	9738	99	13,0	10,1	73	13,8	7,5	172	13,3	17,5
8 a 11	58631	401	52,7	6,8	241	45,5	4,1	642	49,7	10,9
12 ou +	27996	126	16,6	4,5	113	21,3	4,0	239	18,5	8,5
Branco/Ign.	463	104	13,7	-	73	13,8	-	177	13,7	-
Raça/cor										
Branca	79237	-	-	-	455	85,8	5,7	455	35,2	-
Preta	4614	-	-	-	23	4,3	5,0	23	1,8	-
Parda	11976	-	-	-	40	7,5	3,3	40	3,1	-
Amarela	285	-	-	-	0	0,0	0,0	0	0,0	-
Indígena	320	-	-	-	4	0,8	12,5	4	0,3	-
Não se aplica (OF)	-	761	100,0	-	-	-	-	761	58,9	-
Branco/Ign.	1330	-	-	-	8	1,5	-	8	0,6	-
Características da criança										
Sexo	N°	N°	%	Taxa	N°	%	Taxa	N°	%	Taxa
Fem.	47627	337	44,3	7,0	210	39,6	4,4	547	42,4	11,4
Masc.	50164	408	53,6	8,1	316	59,6	6,3	724	56,1	14,3
Branco/Ign.	10	16	2,1	-	4	0,8	-	20	1,5	-
Peso ao nascer										
< 1.000g	532	294	38,6	355,9	203	38,3	381,6	497	38,5	601,7
1.000 a 1.499g	700	99	13,0	123,9	76	14,3	108,6	175	13,6	219,0
1.500 a 2.499g	6481	165	21,7	24,8	94	17,7	14,5	259	20,1	39,0
2.500 ou +	90084	166	21,8	1,8	120	22,6	1,3	286	22,2	3,2
Branco/Ign.	4	37	4,9	-	37	7,0	-	74	5,7	-
Características da gestação/parto										
Tipo de gravidez	N°	N°	%	Taxa	N°	%	Taxa	N°	%	Taxa
Única	95466	705	92,6	7,3	423	79,8	4,4	1128	87,4	11,7
Múltipla	2284	50	6,6	21,4	71	13,4	31,1	121	9,4	51,8
Branco/Ign.	51	6	0,8	-	36	6,8	-	42	3,3	-
Tipo de parto										
Vaginal	40833	487	64,0	11,8	227	42,8	5,6	714	55,3	17,3
Cesário	56905	264	34,7	4,6	265	50,0	4,7	529	41,0	9,3
Branco/Ign.	63	10	1,3	-	38	7,2	-	48	3,7	-
Duração da gestação										
< 28 sem.	467	272	35,7	368,1	211	39,8	451,8	483	37,4	653,6
28 a 31 sem.	928	131	17,2	123,7	62	11,7	66,8	193	14,9	182,2
32 a 33 sem.	1324	72	9,5	51,6	41	7,7	31,0	113	8,8	80,9
34 a 36 sem.	7770	108	14,2	13,7	54	10,2	6,9	81	6,3	10,3
37 sem. e +	86862	155	20,4	1,8	118	22,3	1,4	273	21,1	3,1
Branco/Ign.	432	23	3,0	-	44	8,3	-	67	5,2	-

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

No ano de 2020, quando observadas as TMP por município de residência (Figura 1), três merecem destaque: Flor do Sertão (58,8‰), Macieira (95,2‰) e Vidal Ramos (65,6‰), outros 10 municípios apresentaram TMP entre 40 e 49 óbitos a cada mil nascimentos totais e 22 entre 30 e 39‰. Cerca de 99 cidades não apresentaram óbitos perinatais.

FIGURA 1: Taxa de óbitos perinatais (a cada mil nascimentos totais) por município. Santa Catarina, 2020.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Em relação aos grupos de causas (Tabela 2) verifica-se que no Estado durante os anos de 2011, 2015 e 2020 os fatores maternos corresponderam a maior proporção dentre as causas específicas de óbitos perinatais, seguido da asfixia/hipóxia. No entanto, enquanto a proporção de óbitos devido a fatores maternos aumentou no decorrer dos anos, a proporção de asfixia/hipóxia diminuiu. As anomalias congênitas foram de uma proporção de 15,8% em 2011 para 16% do total de óbitos em 2020, passando de 188 óbitos perinatais para 207. Os óbitos devido a prematuridade, infecções perinatais e causas mal definidas diminuiram no comparativo entre os três anos.

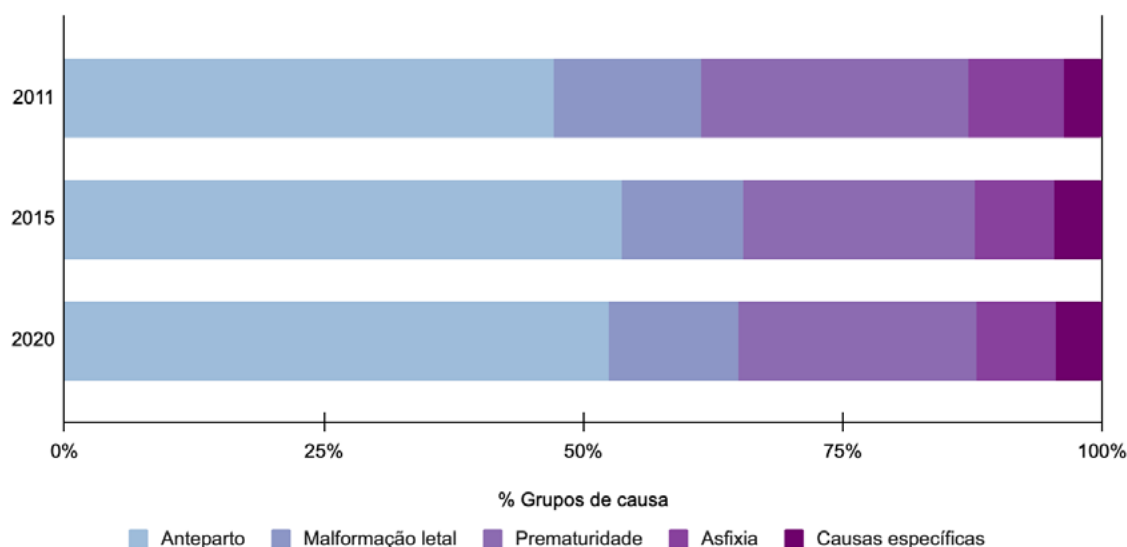
TABELA 2: Proporção de óbitos perinatais por grupos de causa. Santa Catarina, 2011, 2015 e 2020.

Grupo de causa	2011		2015		2020	
	N	%	N	%	N	%
Fatores maternos	242	20,4	354	26,9	380	29,4
Asfixia/Hipóxia	293	24,7	312	23,7	272	21,1
Outros	168	14,2	212	16,1	221	17,1
Anomalias congênitas	188	15,8	184	14,0	207	16,0
Prematuridade	184	15,5	132	10,0	118	9,1
Infecções perinatais	64	5,4	52	4,0	38	2,9
Mal definidas	35	2,9	35	2,7	26	2,0
Transtorno cardiovascular	10	0,8	21	1,6	22	1,7
Morte súbita	0	0,0	1	0,1	3	0,2
Afecções respiratórias	2	0,2	7	0,5	2	0,2
Causa externa	1	0,1	4	0,3	1	0,1
Infecções na criança	0	0,0	0	0,0	1	0,1

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Segundo a classificação de Wigglesworth modificada (Gráfico 3), que tem como objetivo principal identificar áreas específicas de cuidados de saúde para a prevenção dos óbitos, observa-se que nos três anos avaliados (2011, 2015 e 2020), a maior proporção de óbitos perinatais ocorreu no grupo anteparto (47,1%, 53,6%, 52,5%), seguido da prematuridade (25,8%, 22,2%, 22,9%), malformação letal (14,2%, 11,8%, 12,5%), asfixia (9,1%, 7,6%, 7,6%) e causas específicas (3,8%, 4,7%, 4,5%).

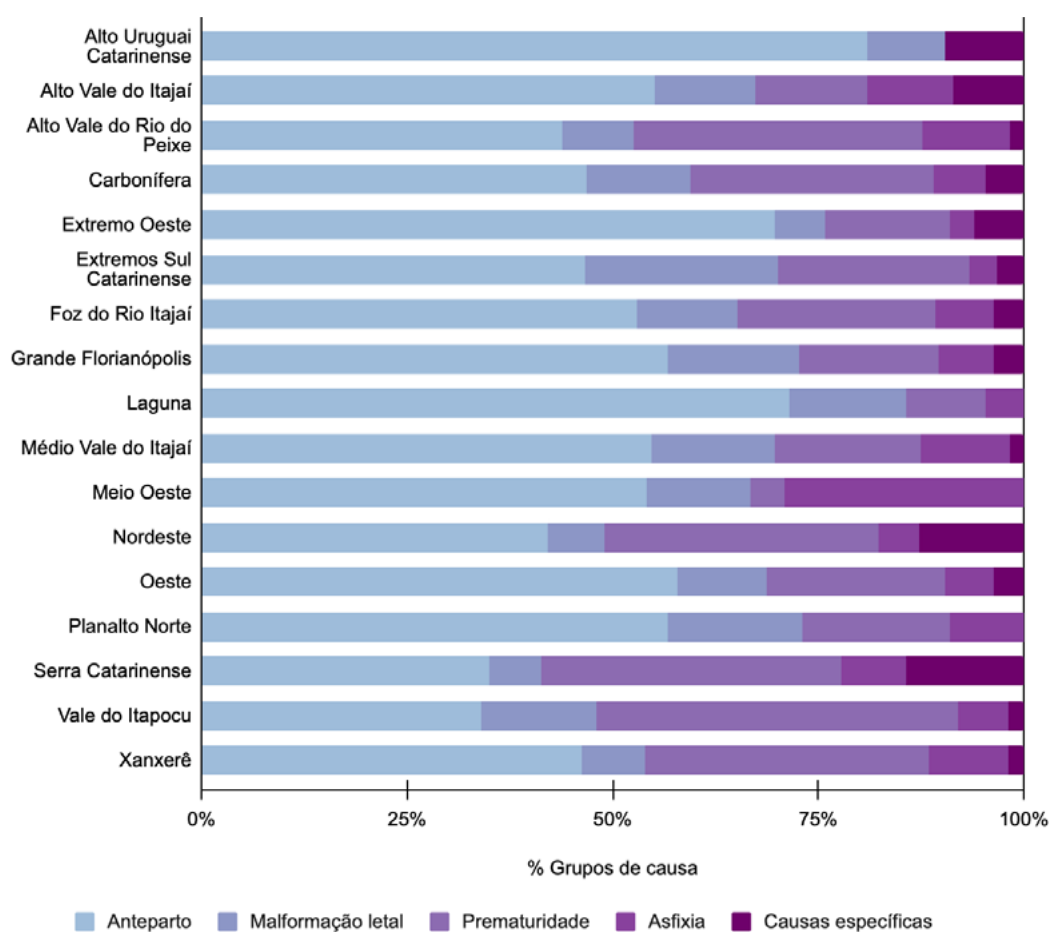
GRÁFICO 3: Distribuição dos óbitos perinatais segundo classificação de Wigglesworth modificada.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). * Excluídos dados ignorados

Quanto a distribuição dos óbitos perinatais, conforme a classificação de Wigglesworth modificada, algumas Regiões de Saúde se destacaram de acordo com cada grupo de causas (Gráfico 4). Em relação aos óbitos perinatais classificados com ocorrência anteparto os maiores percentuais foram identificados nas regiões do Alto Uruguai Catarinense (81,0%), Laguna (71,4%) e Extremo Oeste (69,7%). O grupo referente às malformações letais ou potencialmente letais evidenciou as regiões do Extremo Sul Catarinense (23,3%), Planalto Norte (16,4%) e Grande Florianópolis (16,0%). As regiões do Vale do Itapocu (44,0%), Serra Catarinense (36,5%) e Alto Vale do Rio do Peixe (35,1%) apresentaram maior porcentagem em relação ao grupo de prematuridade. A asfixia destacou-se no Meio Oeste (29,2%), Médio Vale do Itajaí (10,9%) e Alto Vale do Rio do Peixe (10,5%). Já o grupo de causas específicas, chamaram atenção as regiões Serra Catarinense (14,3%), Alto Uruguai Catarinense (9,5%) e Nordeste (12,7%).

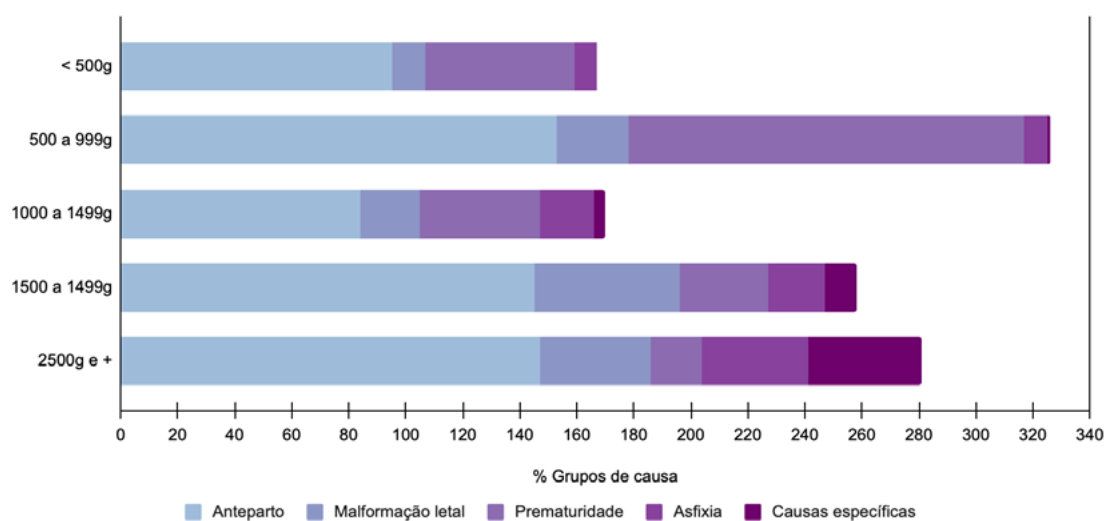
GRÁFICO 4: Distribuição dos óbitos perinatais segundo classificação de Wigglesworth modificada por Região de Saúde de residência. Santa Catarina, 2020.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Em avaliação realizada considerando a classificação de Wigglesworth por grupo de peso no ano de 2020 em Santa Catarina (Gráfico 5), identificou-se que a maioria dos óbitos perinatais classificados como tendo o momento do óbito relacionado ao anteparto apresentou entre 500g a 999g de peso (153), seguido de crianças com 2.500g de peso ou mais (147 óbitos). No grupo de malformações letais ou potencialmente letais o maior número correspondeu a faixa de peso entre 1.500g a 2.499g (51 óbitos), seguido daqueles com 2.500g ou mais (39). A prematuridade apresentou maior número de óbitos com peso entre 500g a 999g (139), a asfixia com 2.500g de peso ou mais (37), e as causas específicas também com 2.500g ou mais (40).

GRÁFICO 5: Óbitos perinatais por faixa de peso segundo classificação de Wigglesworth modificada. Santa Catarina, 2020.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

CONCLUSÃO

A mortalidade perinatal pode ser considerada evitável em sua maioria, se garantido o acesso em tempo hábil a serviços qualificados de saúde. É importante ressaltar que a vigilância dessas mortes é uma relevante estratégia, permitindo identificar as taxas de mortalidade nas diferentes regiões do estado, além de indicar a necessidade de qualificação no registro das informações e a adoção de medidas para a prevenção dos óbitos evitáveis.

Conforme os dados apresentados no ano de 2020, em Santa Catarina existem regiões com taxa de mortalidade perinatal que se destacam em relação às demais, como é o caso de Xanxerê e Serra Catarinense. As maiores taxas de mortalidade perinatal ocorreram na faixa etária materna de 40 anos ou mais (22‰), e em mulheres com escolaridade de 0 à 3 anos (60,8‰). Os fatores maternos foram os principais causadores de óbitos perinatais representando 29,4% dos casos. Segundo a classificação de Wigglesworth modificada, o grupo com maior proporção de óbito perinatal foi o de anteparto (52,5%) seguido de prematuridade (22,9%), que somados alcançam cerca de 75% de todos os óbitos. O grupo de malformações letais ou potencialmente letais, que possui o menor potencial de evitabilidade, totalizou apenas 12,5% no número de óbitos.

Com este boletim epidemiológico identificou-se o perfil dos óbitos perinatais em Santa Catarina e suas regiões. Para que se mantenha a redução da mortalidade perinatal, será necessário o reforço de políticas públicas diretamente relacionadas à qualificação da atenção à saúde, assim como investimento em cuidados pré-natais e no nascimento. É assegurado que, com a efetivação da implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências, o cuidado pré-natal contempla o grande potencial de salvar vidas (OMS, 2016), quando garantido à gestante, à criança e à puérpera, o acesso em tempo oportuno ao serviço com o nível adequado de complexidade (BRASIL, 2020).

A mortalidade perinatal precisa estar na agenda das ações de saúde do Estado por meio da consolidação e aperfeiçoamento das iniciativas já existentes. Nesse sentido, os comitês de prevenção dos óbitos materno, infantil e fetal, que possuem como ação fundamental a avaliação e a definição de recomendações diante das situações identificadas, podem ser uma importante estratégia para análise desses óbitos com as devidas recomendações de melhorias no processo de assistência.

Há várias opções para enfrentar a mortalidade perinatal, mas nem todas apresentam o mesmo nível de certeza ou são condicionadas pelos mesmos fatores de implementação, bem como as opções de política podem incluir desde ações isoladas até intervenções muito complexas, exigindo a importância das barreiras e aspectos facilitadores nos diversos níveis afetados pela implementação de uma política do sistema de saúde ao indivíduo (BRASIL, 2020). Na prática deve-se considerar os determinantes do problema, que envolvem a comunidade, a família, os profissionais, as instituições, a sociedade e as ações intersetoriais que se inserem na governabilidade para a tomada de decisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Assessoria de Comunicação Social, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Declaração de Óbito : manual de instruções para preenchimento [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19: Nota Informativa n. 13/2020 – SE/GAB/SE/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal em Porto Feliz, SP. Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 30 p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1087695/12-sintesereduzindomortalidadeperinatalportofelizfinal03abr2020.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010; 12 jan.

BIREME. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANADASAÚDE. Portal Regional da BVS. Morte Perinatal/Perinatal Death/Muerte Perinatal. [2019a]. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&tree_id=C13.703.572&term=morte+perinatal. Acesso em: 06 jun. 2022.

BITTENCOURT, S.D.A. (Org.) Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Organizado por Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Marcos Augusto Bastos Dias e Mayumi Duarte Wakimoto. Rio de Janeiro, EaD/Ensp, 2013.

KEELING, J.W. et al. Classification of perinatal death. Arch Dis Child 1989; 64(10 Spec No):1345-51.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE, J.F. Obstetrícia Fundamental, 13 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Acesso em 01 ago 2021.

OMS - Organização Mundial da Saúde. 10ª revisão da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10). Brasília, DF, 1993.

EXPEDIENTE

O informativo Epidemiológico Barriga Verde é um boletim da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Rua Esteves Júnior, 390 – Anexo I – 1º andar – Centro – Florianópolis – CEP: 88010-002 – Fone: (48)3664-7400. www.dive.sc.gov.br

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Governador do Estado: Carlos Moisés da Silva | **Secretário de Estado da Saúde:** Aldo Batista Neto | **Superintendente de Vigilância em Saúde:** Eduardo Marques Macário | **Diretor de Vigilância Epidemiológica:** João Augusto Brancher Fuck | **Gerente de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis:** Aline Piacessi Arceno | **Produção:** Núcleo de Comunicação DIVE/SC | **Elaboração:** Aline Piacessi Arceno, Daniela Leandro Teodoro, Denise Yinuma do Couto, Yuri Munir Igor Alves Guimarães Figueiredo | **Revisão:** João Augusto Brancher Fuck | **Diagramação:** Any Kayuri Okasawara.

FICHA CATALOGRÁFICA

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. A Mortalidade Perinatal no Estado de Santa Catarina. Boletim Barriga Verde. Informativo Epidemiológico. Ed. Especial. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2022.

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças
e Agravos Não Transmissíveis

