

Mortalidade Perinatal no Estado de São Paulo

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.

Este indicador foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na oitava revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-8), em 1967. Incluía então os óbitos fetais tardios – 28 semanas e mais – e aqueles ocorridos até o sétimo dia de vida. Tal contingente era o que precisava ser identificado, uma vez que apresentava importante potencial de evitabilidade pelas tecnologias diagnósticas e terapêuticas disponíveis na época.

Com os avanços e a incorporação crescente de novas tecnologias perinatais, que levaram à redução da idade gestacional do limite de viabilidade fetal, a OMS, na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), adotada no Brasil em 1996, redefiniu o período perinatal. Seu início passou a ser a 22ª semana completa de gestação (quando o peso de nascimento aproxima-se de 500g), estendendo-se até sete dias completos após o nascimento.

Note-se, porém, que em relação aos nascidos vivos, a definição adotada pela OMS não inclui limites de viabilidade fetal. Assim, caso um feto sem qualquer viabilidade de sobrevivência apresente sinais vitais no parto, ele será considerado nascido vivo, independentemente da idade gestacional e do peso ao nascer, mesmo que ele venha a falecer momentos depois do parto.

Tais iniciativas no campo conceitual 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.

No Estado de São Paulo, até o começo dos anos 1980 as mortes infantis ocorriam igualmente nos primeiros 27 dias de vida (período neonatal) e nos 11 meses posteriores (período pós-neonatal).¹ Desde então, prevalece o componente neonatal, que, em 2009, chegou a representar 69% das mortes de menores de um ano. Nessa evolução, destaca-se a tendência de aumento relativo da mortalidade neonatal precoce (na primeira semana de vida). Atualmente, cerca da metade das mortes infantis ocorre na primeira semana de vida e um quarto delas, no primeiro dia.

Quanto à mortalidade perinatal – que, recorde-se, não considera apenas os óbitos ocorridos na primeira semana de vida, mas também os óbitos fetais, de 22 semanas ou mais de gestação –, seus resultados, em 2009, para o Estado de São Paulo revelam que 44% das mortes assim classificadas correspondem a óbitos de crianças ocorridos na primeira semana de vida, enquanto 56% são óbitos fetais. Em 1996, quando o Brasil adotou a CID-10, essas proporções eram de 53% e 47%, respectivamente.

As fontes de dados

No Brasil, as principais informações sobre mortalidade perinatal são as divulgadas pelas Estatísticas do Registro Civil (IBGE) e pelo SIM – Sistema de Informações de Mortalidade e Sinasc – Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Ministério da Saúde). Os dados do IBGE são coletados diretamente dos Cartórios de Registro Civil, no momento do registro do evento.² Os originários do Ministério da Saúde são coletados por meio da busca ativa dos eventos em hospitais, maternidades, Cartórios de Registro Civil e entidades médicas em geral.

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 da acurácia dos registros. Nesse sentido, tanto os dados do IBGE como os do Ministério da Saúde apresentam limitações, sobretudo quando referidos às regiões Norte e Nordeste.

Por esse motivo, a Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa³ calcula taxas de mortalidade perinatal somente para as unidades federadas com índice final (cobertura e regularidade do SIM) igual ou

¹ As taxas de mortalidade infantil e neonatal consideram, em seu numerador, o total de óbitos ocorridos nos respectivos períodos de referência (um ano a partir do nascimento, para a mortalidade infantil, e uma semana, para a mortalidade neonatal). Em seu denominador, ambas consideram o número de nascidos vivos nos respectivos períodos de referência. A taxa de mortalidade perinatal considera, em seu numerador, o total de crianças que foram a óbito na primeira semana de vida e o total de óbitos fetais com 22 semanas ou mais de gestação e, em seu denominador, o total de nascimentos, isto é, a soma de nascidos vivos e natimortos com 22 semanas ou mais de gestação.

² Definidas pela Lei de Registros Públicos de 1973.

³ Rede de informações formalizada por Portaria Ministerial (Portaria nº 2.390/GM, Ministério da Saúde) e termo de cooperação com a Opas/OMS.

superior a 80% e cobertura do Sinasc igual ou superior a 90%. Esses Estados são: Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, além do Distrito Federal.

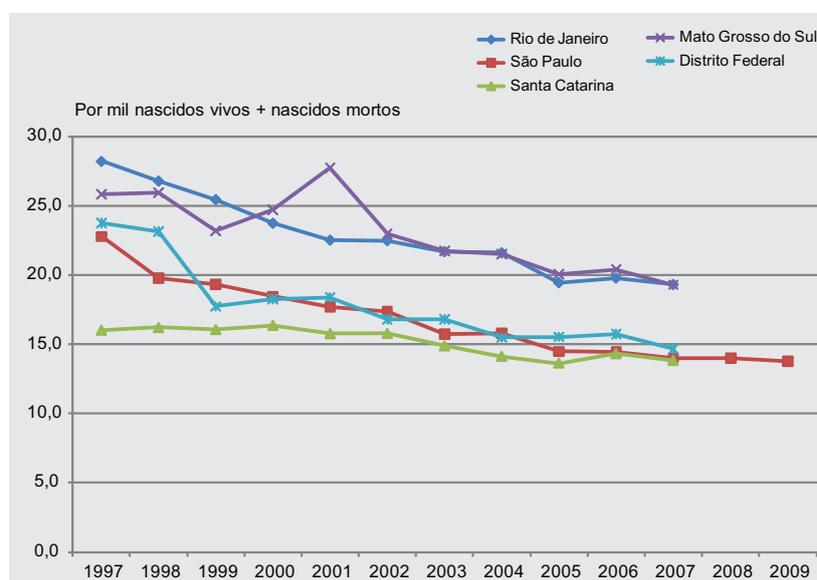
No caso específico do Estado de São Paulo, a Base Unificada de Nascidos Vivos e de Óbitos da Fundação Seade,⁴ fornece informações demográficas de elevada qualidade para todos os seus municípios. Assim, as taxas de mortalidade perinatal podem ser calculadas diretamente para todas as áreas geográficas do Estado.

A mortalidade perinatal

Em 2009, a taxa de mortalidade perinatal no Estado de São Paulo manteve-se em declínio e atingiu o menor valor da série: 13,8 óbitos perinatais por mil nascimentos (nascidos vivos mais nascidos mortos com 22 ou mais semanas de gestação). Esta taxa é 1,7% menor que a do ano anterior e 25,4% menor que a registrada em 2000.

Este resultado coloca São Paulo entre as áreas de menor risco de morte perinatal no Brasil. De acordo com a Ripsa,⁵ com dados de 2007, a taxa de mortalidade perinatal mais elevada foi observada no Mato Grosso do Sul e no Rio de Janeiro (19,3 por mil) e a menor, em Santa Catarina (13,8 por mil). Naquele ano, São Paulo registrou taxa de 14,0 por mil (Gráfico 1).

Gráfico 1
Taxa de mortalidade perinatal
Estados selecionados – 1997-2009



Fonte: Fundação Seade; Secretaria Estadual da Saúde; Secretarias Municipais da Saúde. Base Unificada de Nascimentos e Óbitos; MS/SVS - SIM/SINASC. Indicadores de Dados Básicos para a Saúde (IDB 2009).

⁴ Esta base é composta por informações originárias dos Cartórios do Registro Civil e daquelas produzidas pelas Secretarias Municipais de Saúde e é elaborada pela Fundação Seade por meio de parceria com a Secretaria Estadual de Saúde.

⁵ A Ripsa, considerando a subnotificação de óbitos fetais e a precariedade da informação disponível sobre a duração da gestação, utiliza, tanto no numerador como no denominador, o número de óbitos fetais com idade gestacional ignorada ou não preenchida. No caso de São Paulo, os óbitos fetais considerados são aqueles com 22 semanas ou mais de gestação.

Diferenças regionais

No Estado de São Paulo há acentuadas diferenças regionais nas taxas de mortalidade perinatal (Tabela 1). Em 2009, os níveis mais elevados foram registrados nos Departamentos Regionais de Saúde (DRSs) de Registro (21,3 por mil) e da Baixada Santista (18,0), enquanto os menores encontravam-se nos de São José do Rio Preto (11,1) e de Campinas (12,4).

Em comparação com o ano anterior, também se notam variações significativas no risco de morte perinatal. Chamam a atenção as reduções observadas nos DRSs de Araçatuba (18,2%), Marília (11,9%) e Bauru (11,3%), em contraste com os aumentos nos de Piracicaba (16,4%), Presidente Prudente (16,8%) e Ribeirão Preto (9,8%).

Em relação aos valores de 2000, todos os DRSs apresentam redução, com destaque para a queda de mais de 25,0% nos de São José do Rio Preto, Grande São Paulo e Bauru. Nessa comparação, os menores decréscimos ocorreram nos DRSs de Ribeirão Preto (3,5%) e Presidente Prudente (8,0%), áreas que já registravam baixa mortalidade desde aquele ano.

Causas da morte perinatal ⁶

Em 2009, das mortes ocorridas no período perinatal no Estado de São Paulo, 68,7% foram classificadas como reduzíveis, 14,9% como não evitáveis e 16,4% como causas de morte mal definidas.⁷ As reduzíveis, por seu turno, foram subdivididas em: adequada atenção ao parto (cerca de um terço dos óbitos perinatais), adequado controle na gravidez (15,7%); diagnóstico e tratamento precoces (14,2%) e parcerias do setor de saúde com outros setores (5,4%). Ressalte-se que, excetuando 2008, desde 2003 não são registradas no Estado de São Paulo mortes reduzíveis por imunoprevenção (Gráfico 2 e Tabela 2).

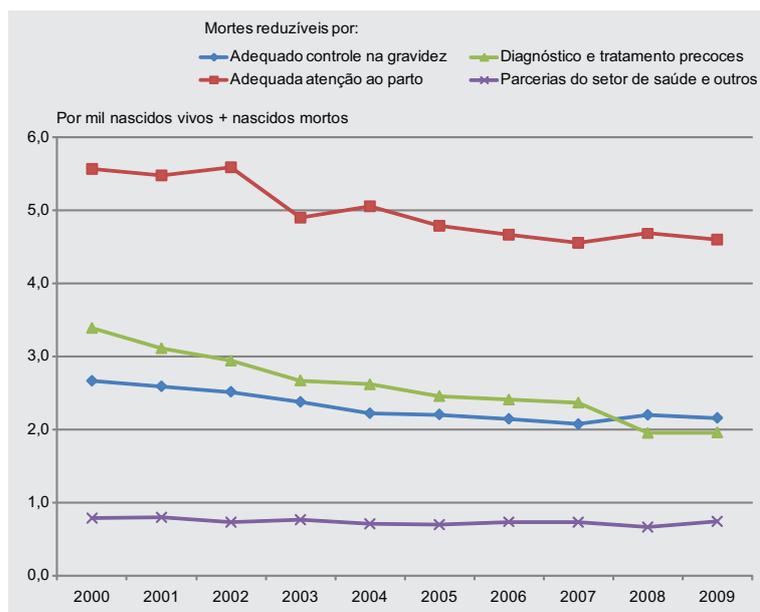
Mais da metade da diminuição da mortalidade perinatal registrada entre 2000 e 2009 pode ser atribuída à redução do número de óbitos considerados reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoces ou por adequada atenção ao parto. Os óbitos provocados por causas reduzíveis por adequado controle na gravidez diminuíram de forma moderada e os dependentes de parcerias do setor saúde com outros permaneceram praticamente constantes.

⁶ Para melhor compreensão dos fatores que afetam a mortalidade perinatal, as causas de morte foram agrupadas utilizando o critério de “evitabilidade das doenças”, classificando-as em evitáveis e não-evitáveis, cf. ORTIZ, Luis Patricio. **Características da mortalidade neonatal no Estado de São Paulo**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1999. A lista detalhada dessa classificação encontra-se no Anexo 1.

⁷ Na classificação de evitabilidade das doenças, são consideradas como causas mal definidas, além dos sintomas e sinais e estados mal definidos, aquelas que fazem parte do grupo “outros transtornos originados no período perinatal”.

Gráfico 2

Taxas de mortalidade perinatal, segundo grupos de mortes reduzíveis
Estado de São Paulo – 2000-2009

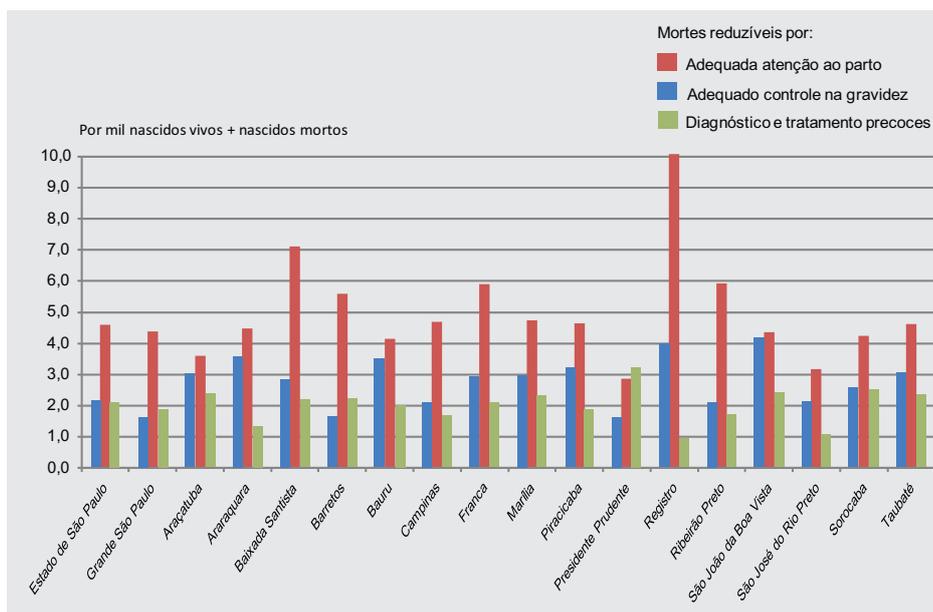


Fonte: Fundação Seade; Secretaria Estadual da Saúde; Secretarias Municipais da Saúde. Base Unificada de Nascimentos e Óbitos.

Os níveis de mortalidade perinatal segundo causas também apresentam diferenças regionais. Por exemplo, as mais elevadas taxas de mortalidade classificadas como reduzíveis por adequado controle na gravidez e por adequada atenção ao parto foram registradas no Departamento Regional de Saúde de Registro, enquanto as menores verificaram-se no DRS de Presidente Prudente. A proporção mais elevada de causas mal definidas se registrou no DRS de Presidente Prudente (34,9%), enquanto a menor ocorreu no DRS de Franca (6,9%) (Gráfico 3 e Tabela 3).

Gráfico 3

Taxas de mortalidade perinatal, segundo grupos de mortes reduzíveis
Estado de São Paulo e Departamentos Regionais de Saúde – 2009



Fonte: Fundação Seade; Secretaria Estadual da Saúde; Secretarias Municipais da Saúde. Base Unificada de Nascimentos e Óbitos.

Conclusões

No Estado de São Paulo, a redução da mortalidade perinatal tem sido mais lenta que a da mortalidade infantil e, sobretudo, da pós-neonatal: entre 1990 e 2009, a taxa de mortalidade perinatal diminuiu 43,7% e a pós-neonatal, 68,7%. Essa situação se produz, principalmente, porque as mortes que ocorrem no período pós-neonatal, de origem exógena, são mais sensíveis às melhorias globais da condição de vida e às intervenções gerais do setor de saúde. Já a mortalidade perinatal é de mais difícil redução porque está mais estreitamente associada à qualidade da assistência prestada a cada gestante e ao recém-nascido. Desse modo, perseguir a continuidade da redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo significa ampliar a atenção à gestante e ao recém-nascido, visando controlar os riscos da mortalidade perinatal.

Por seu turno, buscar a redução expressiva do risco de morte perinatal equivale a diminuir o número de mortes reduzíveis, sobretudo das relacionadas à qualidade da assistência prestada durante a gravidez e o parto e aos cuidados imediatos ao recém-nascido. Seu sucesso depende também da melhoria das condições socioeconômicas da mulher, sobretudo de sua saúde e da intensificação de sua procura e de seu acesso aos serviços que lhe são específicos. Além disso, diante das discrepâncias regionais identificadas, é igualmente importante desenvolver ações direcionadas às particularidades dos diferentes DRSs, visando uma situação mais homogênea no Estado.

Tabela 1

Taxas de mortalidade perinatal, segundo Departamentos Regionais de Saúde – DRSs
Estado de São Paulo – 2000-2009

Departamentos Regionais de Saúde	Em porcentagem									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Estado de São Paulo	18,5	17,7	17,4	15,7	15,8	14,5	14,4	14,0	14,0	13,8
DRS 01 - Grande São Paulo	18,1	17,0	17,1	15,3	15,1	13,4	13,6	12,9	13,5	13,1
DRS 02 - Araçatuba	17,5	17,5	15,1	14,8	15,0	15,5	17,0	17,2	16,5	13,5
DRS 03 - Araraquara	15,9	15,5	15,5	14,7	15,2	13,5	13,6	15,0	15,4	13,8
DRS 04 - Baixada Santista	22,9	23,4	23,3	20,2	20,5	19,2	19,8	18,3	16,9	18,0
DRS 05 - Barretos	17,7	18,3	19,2	14,5	17,1	15,3	13,0	13,7	14,0	14,2
DRS 06 - Bauru	18,9	15,6	16,6	14,6	15,1	16,0	15,7	15,4	15,7	13,9
DRS 07 - Campinas	14,1	15,2	15,4	14,6	15,0	13,4	13,4	13,0	12,2	12,4
DRS 08 - Franca	20,4	17,9	19,5	17,3	17,7	15,3	15,1	14,8	13,3	15,5
DRS 09 - Marília	18,5	19,4	18,6	17,4	15,2	14,8	17,4	16,1	16,1	14,2
DRS 10 - Piracicaba	17,9	17,9	17,2	14,7	17,7	15,1	14,6	12,8	12,7	14,8
DRS 11 - Presidente Prudente	17,8	21,0	18,3	16,5	16,5	15,8	13,7	13,4	14,0	16,4
DRS 12 - Registro	25,1	23,2	20,9	21,1	23,8	16,3	16,6	22,0	19,6	21,3
DRS 13 - Ribeirão Preto	14,1	14,0	13,4	11,1	13,2	13,8	14,2	14,2	12,4	13,6
DRS 14 - São João da Boa Vista	21,2	22,5	20,9	18,8	18,4	20,5	18,3	19,9	15,6	16,5
DRS 15 - São José do Rio Preto	15,6	13,7	13,0	13,5	14,8	10,9	12,9	11,4	11,3	11,1
DRS 16 - Sorocaba	16,5	17,2	18,0	18,6	14,3	16,6	16,3	15,4	15,9	14,5
DRS 17 - Taubaté	20,7	20,6	20,1	18,0	17,8	17,9	14,9	16,4	15,1	15,6

Fonte: Fundação Seade; Secretaria Estadual da Saúde; Secretarias Municipais da Saúde. Base Unificada de Nascimentos e Óbitos.

Tabela 2

Distribuição da mortalidade perinatal, segundo grupos de causas de morte
Estado de São Paulo – 2000-2009

Em porcentagem

Causas de morte	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total	100,0									
Reduzíveis	67,2	67,6	67,9	68,0	67,1	70,1	68,9	69,4	67,9	68,7
Por imunoprevenção	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Por adequado controle na gravidez	14,4	14,6	14,5	15,1	14,1	15,2	14,8	14,8	15,7	15,7
Por adequada atenção ao parto	30,2	30,9	32,2	31,1	32,0	33,1	32,3	32,5	33,4	33,4
Por diagnóstico e tratamento precoces	18,4	17,6	16,9	17,0	16,6	17,0	16,7	16,9	13,9	14,2
Por parcerias do setor de saúde e outros	4,3	4,5	4,2	4,8	4,5	4,8	5,1	5,2	4,8	5,4
Não Evitáveis	15,7	15,4	15,3	16,4	16,2	15,0	16,0	15,1	15,5	14,9
Mal definidas	17,0	17,0	16,8	15,6	16,7	15,0	15,0	15,5	16,6	16,4

Fonte: Fundação Seade; Secretaria Estadual da Saúde; Secretarias Municipais da Saúde. Base Unificada de Nascimentos e Óbitos.

Tabela 3

Distribuição da mortalidade perinatal, por grupos de causas de morte, segundo Departamentos Regionais de Saúde – DRSs
Estado de São Paulo – 2009

Em porcentagem

Departamentos Regionais de Saúde	Total	Reduzíveis					Não Evitáveis	Mal definidas	Demais causas
		Imuno-prevenção	Adequado controle na gravidez	Adequada atenção ao parto	Diagnóstico e tratamento precoces	Parcerias do setor de saúde e outros			
Estado de São Paulo	100,0	0,0	15,7	33,4	14,2	5,4	14,9	16,4	0,0
DRS 01 - Grande São Paulo	100,0	0,0	12,3	33,5	14,6	4,9	14,6	20,1	0,0
DRS 02 - Araçatuba	100,0	0,0	22,5	26,7	17,5	5,8	12,5	15,0	0,0
DRS 03 - Araraquara	100,0	0,0	25,9	32,5	9,6	6,0	15,1	10,8	0,0
DRS 04 - Baixada Santista	100,0	0,0	15,9	39,5	12,3	4,8	18,6	8,9	0,0
DRS 05 - Barretos	100,0	0,0	11,8	39,5	15,8	1,3	13,2	18,4	0,0
DRS 06 - Bauru	100,0	0,0	25,3	29,7	14,2	6,1	14,9	9,8	0,0
DRS 07 - Campinas	100,0	0,0	17,1	37,8	13,5	6,7	12,6	12,3	0,0
DRS 08 - Franca	100,0	0,0	19,0	38,0	13,4	5,6	16,9	7,0	0,0
DRS 09 - Marília	100,0	0,0	21,1	33,5	16,5	5,7	8,2	14,9	0,0
DRS 10 - Piracicaba	100,0	0,0	21,7	31,4	12,6	6,1	17,3	10,8	0,0
DRS 11 - Presidente Prudente	100,0	0,0	10,1	17,4	19,5	4,0	14,1	34,9	0,0
DRS 12 - Registro	100,0	0,0	18,7	47,3	4,4	3,3	16,5	9,9	0,0
DRS 13 - Ribeirão Preto	100,0	0,0	15,1	43,7	12,7	5,7	15,9	6,9	0,0
DRS 14 - São João da Boa Vista	100,0	0,0	25,3	26,6	14,6	3,8	11,4	18,4	0,0
DRS 15 - São José do Rio Preto	100,0	0,0	18,9	28,6	9,7	5,6	17,9	19,4	0,0
DRS 16 - Sorocaba	100,0	0,0	17,9	29,2	17,2	5,4	17,0	13,3	0,0
DRS 17 - Taubaté	100,0	0,0	19,5	29,6	15,2	9,1	17,0	9,7	0,0

Fonte: Fundação Seade; Secretaria Estadual da Saúde; Secretarias Municipais da Saúde. Base Unificada de Nascimentos e Óbitos.

GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE SEGUNDO EVITABILIDADE

1. Reduzíveis por imunoprevenção

Tuberculose
Difteria
Coqueluche
Tétano
Pólio
Varicela
Sarampo
Hepatite B
Meningite B
Rubéola congênita

2. Reduzíveis por adequado controle na gravidez

Sífilis congênita
Afecções maternas que afetam o feto ou o RN
Complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou o RN
Duração curta da gestação e baixo peso ao nascer
Doença hemolítica do feto ou RN devida a isoimunização
Crescimento fetal lento e desnutrição fetal

3. Reduzíveis por adequada atenção ao parto

Complicações da placenta ou cordão que afetam o feto ou RN
Outras complicações do parto que afetam o feto ou RN
Duração prolongada da gravidez e peso elevado ao nascer
Traumatismo de parto
Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer

4. Reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoces

Doenças infecciosas e parasitárias
Doenças das glândulas endócrinas e metabólicas
Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos
Doenças do aparelho circulatório
Doenças do aparelho respiratório
Afecções perinatais
Causas externas
Outras reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoce

5. Reduzíveis por parcerias do setor de saúde e outros

Doenças infecciosas e intestinais
Neoplasias
Zoonoses causadas por bactéria
Virose transmitida por artrópodes
Raiva
Rickettsioses e outras transmitidas por artrópodes
Leptospirose
Helmintíases
Outras doenças virais
Outras doenças infecciosas e parasitárias
Síndrome da imunodeficiência adquirida
Deficiências nutricionais
Anemias por deficiência
Anomalias congênicas não especificadas no grupo de causas evitáveis
Causas externas

6. Não Evitáveis

Síndrome Waterhouse-Friderichsen
Transtornos envolvendo mecanismos imunitários
Doenças do sistema nervoso central
Gripe
Síndrome da morte súbita na infância
Síndrome da angústia respiratória
Anomalias congênicas

7. Mal definidas

Outros transtornos originados no período perinatal
Sintomas e sinais e estados mal definidos

8. Demais causas

Fonte: ORTIZ, Luis Patricio. **Características da mortalidade neonatal no Estado de São Paulo**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1999.



Governador do Estado
Geraldo Alckmin

Secretário de Planejamento e Desenvolvimento Regional
Emanuel Fernandes

SEADE

Fundação Sistema Estadual
de Análise de Dados

Diretora Executiva
Felícia Reicher Madeira

Diretor Adjunto Administrativo e Financeiro
Marcos Martins Paulino

Diretor Adjunto de Análise e Disseminação de Informações
Sinésio Pires Ferreira

Diretora Adjunta de Metodologia e Produção de Dados
Marise Borem Pimenta Hoffmann

Chefia de Gabinete
Ana Celeste de Alvarenga Cruz

SP DEMOGRÁFICO

Produção

Gerência de Indicadores e Estudos Populacionais (Gepop)

Autoria

Luis Patricio Ortiz
Deise Akiko Oushiro

Edição

Gerência de Editoração e Arte (Geart)

Av. Cásper Líbero 464 – 01033-000 – São Paulo SP
Fone (11) 3324-7200 – Fax (11) 3324-7297
www.seade.gov.br seade@ouvidoria.sp.gov.br geadi@seade.gov.br

Permitida a reprodução, desde que citada a fonte.