



Mortalidade Materna e Infantil

MINAS GERAIS

2020

Relatório anual

Este relatório apresenta os principais dados sobre óbitos de mulheres durante a gestação, parto ou puerpério ocorridos no ano de 2020 e analisados ao longo do ano de 2021. Tem como objetivo ser fonte de consulta para o planejamento em cuidados à saúde das mulheres em idade fértil e, em especial, das gestantes e/ou puérperas e faz parte das atividades de divulgação do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais.

Esse conteúdo foi apresentado e aprovado na reunião ordinária do CEPMMIF em 05 de maio de 2022.

Publicado em: 24 de junho de 2022

2022 Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais

ELABORAÇÃO

Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar – Presidente do Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do Estado de Minas Gerais e Consultora Técnica da Coordenação Materno Infantil - SES/MG.

Livia Maria Gomes Lopes - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, Referência Técnica em Vigilância do Óbito Materno, infantil e Fetal– SES/MG

Nayara Clara Lopes Moreira - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, Referência técnica - Coordenação Materno Infantil – SES/MG

Demais membros da Secretaria Executiva do CEPMMIF (ano 2021)

Ana Paula Torres de Camargos

Camila Ferraz Quaresma

Gisele Marçal Pimenta

Hellen Karolina S. R. Aguiar

Luciana Rodrigues Alexandre

Maria Regina Dias de Bastos

Priscila de Faria Pereira

Ramon Costa Cruz

Salette Maria Novais Diniz

Introdução

O ano de 2021 foi um ano de intenso trabalho para todos os membros do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais (CEPMMIF). As reuniões técnicas da secretaria executiva ocorreram regularmente no formato *on line*, o que permitiu maior participação de representantes das regionais de saúde e dos municípios de residência e ocorrência dos óbitos. A construção do Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil exigiu uma intensa articulação com os diversos setores da secretaria estadual de saúde envolvidos na assistência e na vigilância do óbito e a contribuição dos membros indicados do Comitê Estadual no formato final do Plano foram de extrema importância.

Ao mesmo tempo que finalizávamos o Plano de Enfrentamento para submetê-lo em reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS/MG) enfrentamos um cenário extremamente grave dos efeitos diretos e indiretos da pandemia na saúde da população, em especial com um número muito grande de óbitos entre gestantes e puérperas. Trabalhamos no monitoramento da mortalidade das mulheres em idade fértil e das crianças até 2 anos de idade por COVID-19 e buscamos estar sempre presente em todas as discussões que envolviam essa população. Tivemos participação ativa nas decisões referentes à vacinação das gestantes, defendendo a vacinação para todas as gestantes independente de terem ou não comorbidades e sem a necessidade de prescrição médica.

Participamos de várias reuniões e capacitações sobre acompanhamento da gestante infectada pelo SARS-CoV-2, buscando sempre identificar fragilidades nos fluxos de atendimentos para promover melhorias mais imediatas.

Em maio de 2021 foi realizado o Webinário em alusão ao Dia Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, cuja gravação está disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=CzQfobU2AwI>.

Em 21 de outubro de 2021 tivemos a publicação da deliberação de aprovação do Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil de Minas Gerais e sua alteração publicada em 19 de abril de 2022, disponível em [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203791%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CMI%20-%20Alter%203564%20-%20final%20\(003\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203791%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CMI%20-%20Alter%203564%20-%20final%20(003).pdf).

Em 23 de novembro de 2021 tivemos o lançamento oficial do Plano de Enfrentamento, ocasião na qual o Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais Fábio Baccheretti Vitor e o Vice-presidente do COSEMS (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde) de Minas Gerais Sr. Alexandre Antônio dos Anjos assinaram um termo de compromisso de transformar o Plano de Enfrentamento a Mortalidade Materna e Infantil em uma agenda diária em todo o território estadual (disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=WJnDippvgWg&t=203s>).

Enfim, apresentamos nesse relatório os dados mais importantes sobre a mortalidade de mulheres durante a gravidez, parto e puerpério com ênfase nas mortes obstétricas.

1. Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil

Segundo os dados disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/DATASUS¹) foram notificados 6.763 óbitos de mulheres em idade fértil ocorridos em 2020, dos quais 6.327 foram investigados (93,6%). Deste total de óbitos de mulheres em idade fértil, 1.294 óbitos foram classificados como por causa presumível de morte materna. Essa queda na cobertura da investigação é mais uma das consequências da pandemia pelo SARS-CoV-2.

O CEPMMIF recebeu 158 relatórios de mortes relacionadas à gravidez² ocorridas no ano de 2020, dos quais 108 foram classificados como óbitos obstétricos ocorridos na gravidez, parto e puerpério até 42 dias, portanto, categorizados para compor o numerador do cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM). Treze óbitos maternos declarados (8 causas diretas e 5 causas indiretas) no SIM não foram encaminhados para o CEPMMIF, apesar de constarem no sistema como investigados. A tabela 1 apresenta a classificação dos casos de óbitos recebidos pelo CEPMMIF.

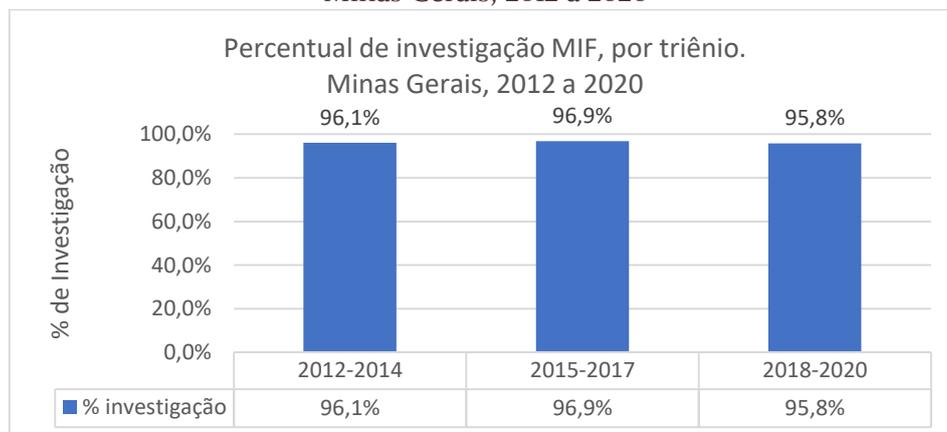
**Tabela 1 – Classificação dos casos recebidos no CEPMMIF
Minas Gerais, 2020**

Classificação	N	%
DIRETA	73	46,2
DIRETA TARDIA	5	3,2
INDIRETA	31	19,6
INDIRETA TARDIA	5	3,2
NÃO OBSTÉTRICA	39	24,7
OBSTÉTRICA	4	2,5
OBSTÉTRICA TARDIA	1	0,6
Total Geral	158	100,0

Fonte: SIM (Módulo SIM Web) + Secretaria Executiva do CEPMMIF, 2020.

Apesar da queda no percentual de investigação no ano de 2020, ao analisar a média de investigação nos últimos três triênios tem sido mantido uma cobertura de acima de 95% de investigações de óbitos de mulheres em idade fértil (Gráfico 1).

**Gráfico 1 – Percentual de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil
Minas Gerais, 2012 a 2020**



Fonte: SIM/DATASUS/MS.

¹ SIM/DATASUS/MS.

² Qualquer morte de mulher na gravidez, parto ou até 1 ano após o parto, independente da causa

2. Mortalidade Materna – Minas Gerais, 2020

2.1. Razão de Mortalidade Materna (RMM)

A RMM para o ano de 2020 foi estimada em 48,96/100.000 nascidos vivos. Para o cálculo foram considerados os 108 casos recebidos no CEPMMIF e 13 casos declarados, mas cujos relatórios executivos não foram enviados para análise no comitê estadual.

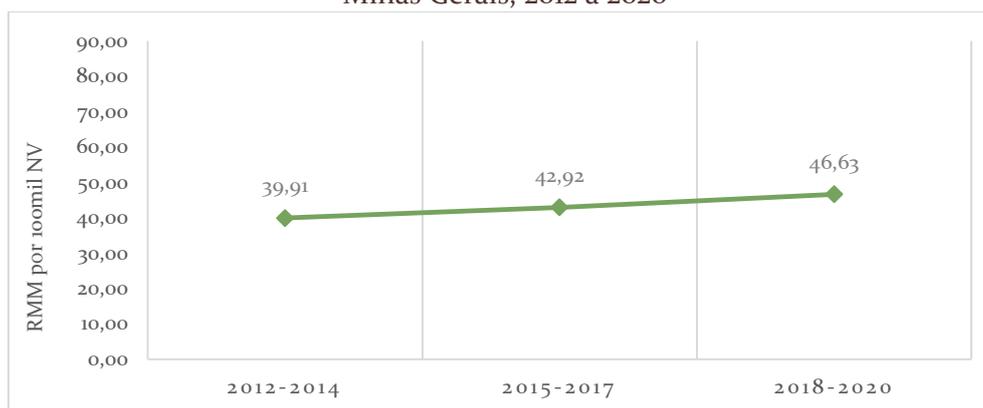
Os gráficos 2 e 3 apresentam a série histórica da RMM em Minas Gerais no período de 2012 a 2020, por ano e por triênio. A análise do comportamento da RMM nos últimos 3 triênios mantém a tendência ao aumento da mortalidade materna.

Gráfico 2 – Razão da Mortalidade Materna, segundo o ano do óbito. Minas Gerais, 2012 a 2020.



Fonte: 2012 a 2019: SIM e SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (Tabnet MG). Dados 2020: CEPMMIF. Dados de 2020 atualizados em 04 de março de 2022, portanto, sujeitos a alterações/revisões

Gráfico 3 – Razão de Mortalidade Materna, por triênios. Minas Gerais, 2012 a 2020

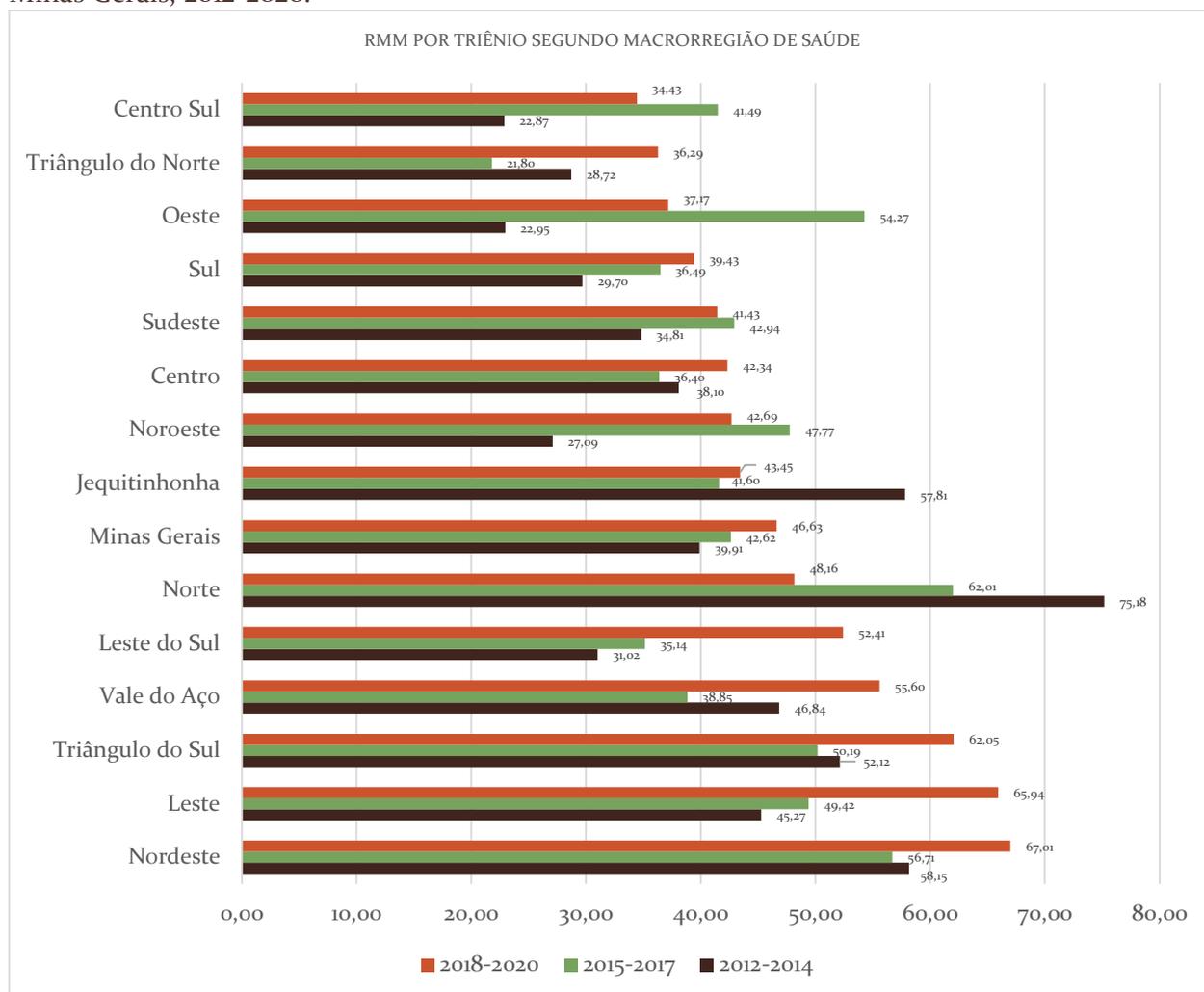


Fonte: 2012 a 2019: SIM e SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (Tabnet MG). Dados 2020: CEPMMIF. Dados de 2020 atualizados em 04 de março de 2022, portanto, sujeitos a alterações/revisões

A RMM apresenta uma importante variação entre as diversas regiões de saúde do estado e, também para a análise desse comportamento, a utilização da RMM média por triênio se mostra útil (Gráfico 4). Percebe-se que embora exista uma importante oscilação entre as médias de cada região, algumas regiões têm mantido a RMM acima da média do estado,

exigindo ações mais efetivas para alcançar reduções significativas na ocorrência desses óbitos.

Gráfico 4 – Razão de Mortalidade Materna, por triênio, segundo macrorregião de saúde. Minas Gerais, 2012-2020.



Fonte: 2012 a 2019: SIM e SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (Tabnet MG). Dados 2020: CEPMMIF. Dados de 2020 atualizados em 04 de março de 2022, portanto, sujeitos a alterações/revisões

2.2. Causas mais prevalentes da mortalidade materna

Dos 121 óbitos obstétricos, 82 (67,8%) foram classificados como obstétricos diretos, 35 (28,9%) como obstétricos indiretos e 4 (3,3%) como morte obstétrica não especificada.

Entre as causas obstétricas diretas, destacam-se 38 (31,4% do total de óbitos obstétricos) casos de hemorragias da segunda metade da gravidez, 16 casos (13,2%) de pré-eclampsia/eclampsia, 13 casos (10,7%) de embolia obstétrica, 6 casos (5,0%) de infecção puerperal e 4 casos (3,3%) de gravidez ectópica. Importante ressaltar que dos 38 casos de hemorragia da segunda metade da gravidez, 17 casos foram por hemorragia do pós-parto imediato, principalmente, atonia uterina, seis casos foram por acretismo placentário e cinco casos por descolamento prematuro da placenta. Ressalta-se, assim, a importância das capacitações para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno das hemorragias

pós-parto e, o grande desafio para alcançar a identificação dos casos de acretismo placentário ainda no início da gestação. Além disso, as ações para a prevenção das cesarianas desnecessárias são fundamentais para o controle do número de casos de acretismo placentário, já que a cicatriz uterina é o fator controlável mais prevalente nesses casos.

Entre as causas obstétricas indiretas, destacam-se 12 óbitos (9,9%) por complicação por COVID-19, cinco casos (4,1%) de infecções não obstétricas, quatro casos (3,3%) de complicações de hipertensão arterial sistêmica prévia, três casos (2,5%) de cardiopatia materna e três casos (2,5%) por complicações da doença falciforme.

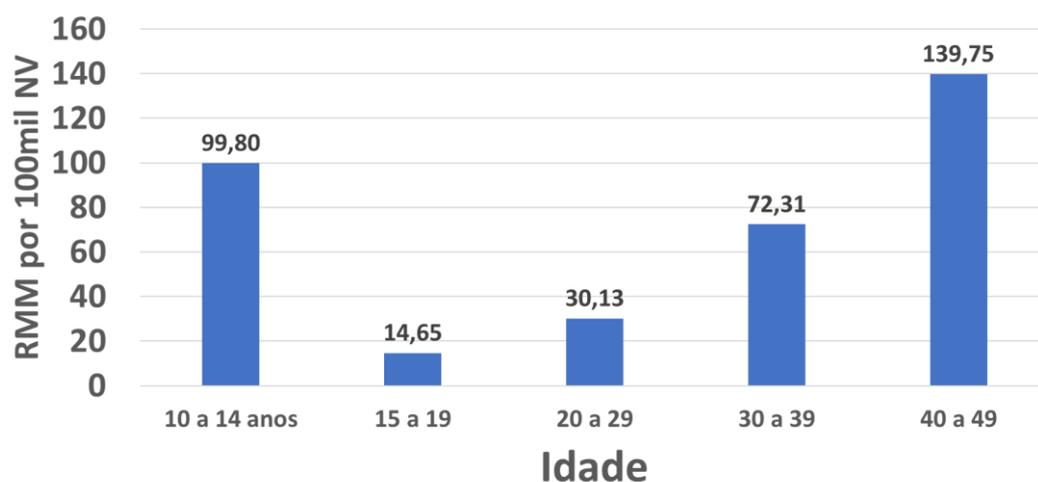
Ressalta-se que as complicações da COVID-19, responderam isoladamente pela 4ª causa de morte materna em 2020.

2.3. Perfil das mulheres com óbitos classificados como obstétricos

Os gráficos 5 e 6 mostram a distribuição dos óbitos maternos no que se refere a faixa etária e raça/cor. Extremos da faixa etária reprodutiva se mostram com mais risco de morte materna, o que reforça a importância da implementação das ações de planejamento reprodutivo para favorecer a ocorrência de gravidezes desejadas em momentos oportunos, considerando-se as características clínicas de cada gestante. É essencial que, em especial a atenção primária à saúde, compreendam que o aconselhamento reprodutivo é serviço essencial para a redução da mortalidade materna. Paralelamente, é lamentável que a cor da pele e etnia continuam sendo importantes fatores de risco para o óbito materno, sinalizando para as vulnerabilidades relacionadas à estas mortes. Embora, o quantitativo de óbitos maternos em indígenas seja relativamente pequeno, a RMM mostra a extrema desigualdade racial e demonstra a necessidade de ações específicas para essa população.

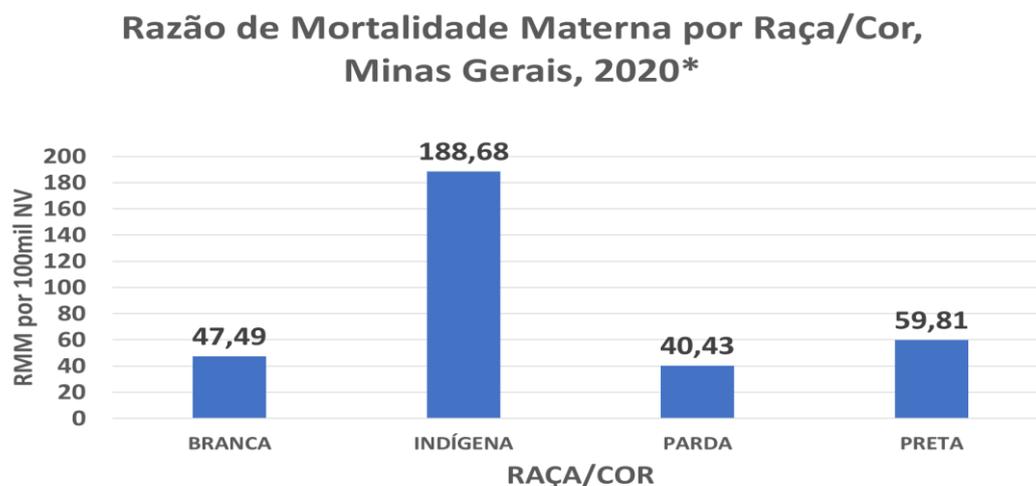
Gráfico 5 - Razão de Mortalidade Materna, por faixa etária - Minas Gerais, 2020

Razão da Mortalidade Materna por Faixa Etária, Minas Gerais, 2020



Fonte: Secretaria executiva CEPMMIF

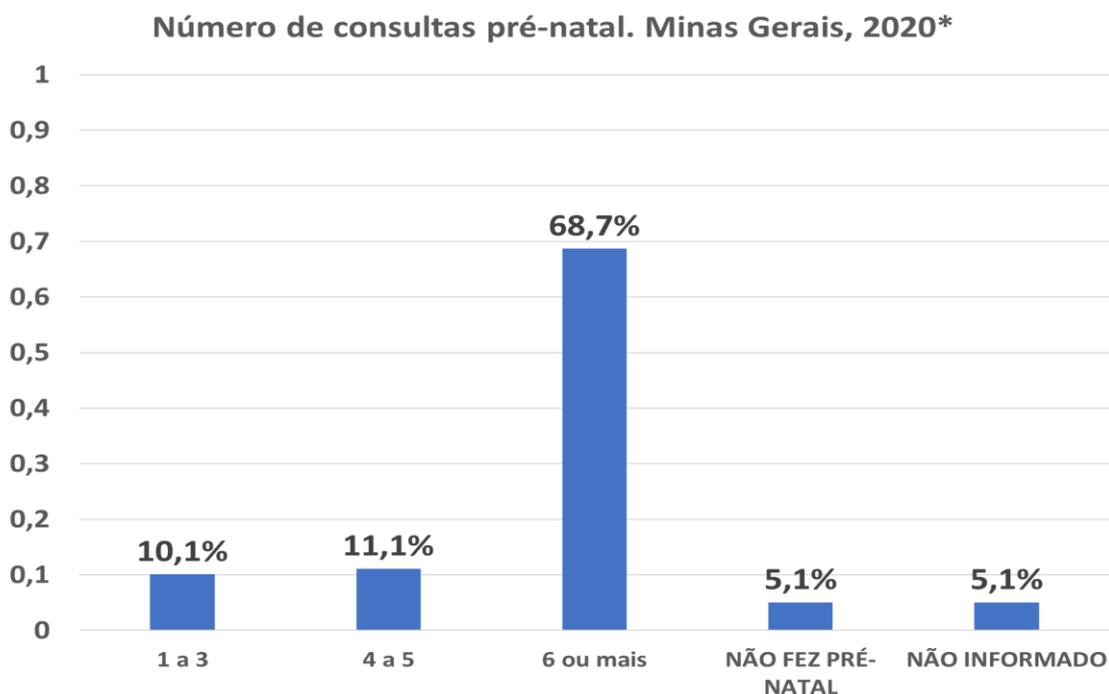
Gráfico 6 – Razão de Mortalidade Materna, por raça/cor – Minas Gerais, 2020



Fonte: Secretaria executiva CEPMMIF

O gráfico 7 apresenta o número de consultas pré-natal realizadas pelas mulheres que morreram em 2020 por causas obstétricas. Para essa análise, excluímos os casos de óbito após abortamento ou gravidez ectópica, pois essa população tende, obviamente, a ter menos consultas pré-natal.

Gráfico 7 – Número de consultas pré-natal nos casos de óbitos maternos, excluídos os óbitos após abortamento ou gravidez ectópica – Minas Gerais, 2020



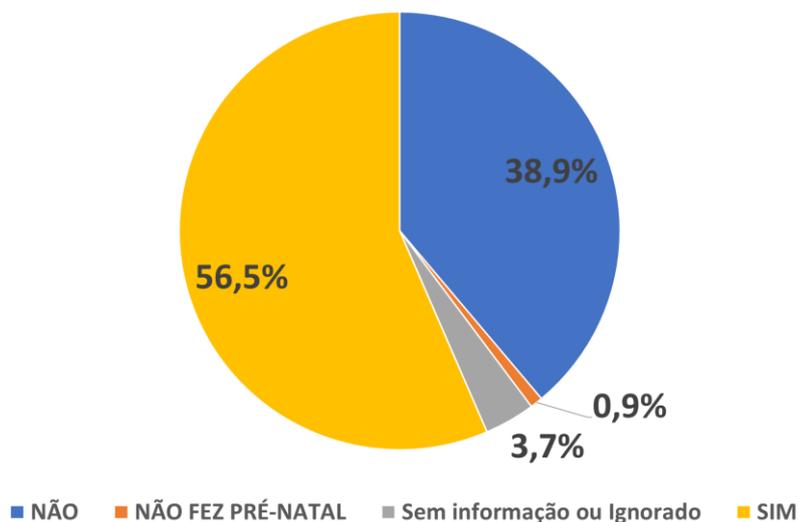
Fonte: Secretaria executiva CEPMMIF

Dos 87 óbitos obstétricos, incluindo os tardios, cujos a idade gestacional no momento do parto ou óbito era igual ou maior que 28 semanas, ou seja, no terceiro trimestre da gestação, 67 casos (77,0%) tiveram seis ou mais consultas de pré-natal, nove (10,3%) tiveram entre 4 a 5 consultas, sete (8,0%) tiveram entre uma e três consultas, apenas uma (1,1%) não realizou pré-natal e em três casos (3,4%) não foi possível obter a informação. Além disso, dos 117 óbitos obstétricos com dados sobre número de consultas pré-natal, 70 (59,8%) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gestação. Conclui-se, então, que, embora o acesso ao pré-natal ainda precisa ser aprimorado, o maior desafio se encontra na qualidade das consultas pré-natais para cumprirem sua finalidade de identificação precoce do risco e/ou da complicação e tomada de decisões que impliquem na efetivação da redução do risco de morte dessas mulheres.

Estima-se que 10-15% das gestações são classificadas como gestação de alto risco, entretanto, quando analisando os óbitos maternos identificamos que 56,5% dos casos ocorreram nesse grupo de gestantes (gráfico 8). Esse dado reforça a importância do planejamento reprodutivo como ferramenta de redução do risco de morte materna, bem como a importância da identificação precoce do risco e garantia de acesso ao acompanhamento de qualidade desses casos na atenção especializada.

Gráfico 8 – Estratificação do Risco Gestacional entre Óbitos Obstétricos– Minas Gerais, 2020

Estratificação do Risco Gestacional, Minas Gerais, 2020



Fonte: Secretaria executiva CEPMMIF

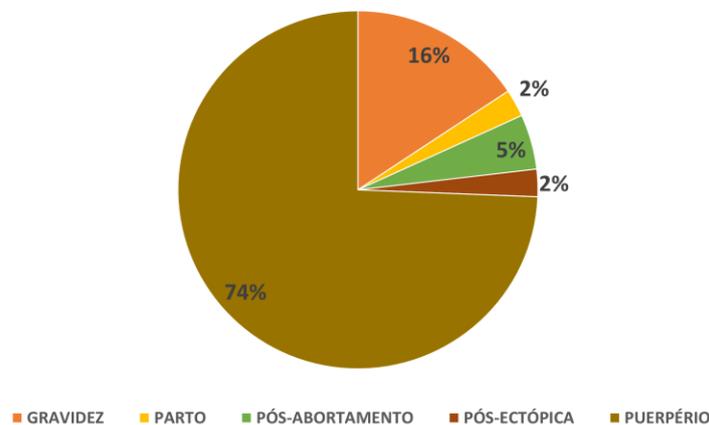
Na análise dos dados ocorridos em 2020, identificamos que 21,3% das gestações caracterizadas como de alto risco com indicação para acompanhamento na atenção especializada não tiveram esse atendimento. Os motivos para essa situação incluíram a não

identificação do risco gestacional com consequente não encaminhamento, mas também ocorreram casos que não tiveram acesso à atenção especializada.

O gráfico 9 mostra a distribuição dos óbitos maternos segundo o momento da ocorrência do óbito. Ressalta-se que a maioria dos óbitos ocorrem no período do puerpério, mas que em muitos casos o óbito acontece no puerpério porque a realização do parto teve como indicação a doença materna descompensada. Porém, como já demonstrado anteriormente complicações do puerpério, em especial infecções puerperais e embolia obstétrica por coágulo de sangue são complicações que exigem a atenção qualificada nas consultas puerperais.

Gráfico 9 – Distribuição dos óbitos maternos, segundo o momento do óbito – Minas Gerais, 2020

Distribuição dos óbitos maternos segundo época do óbito. Minas Gerais, 2020

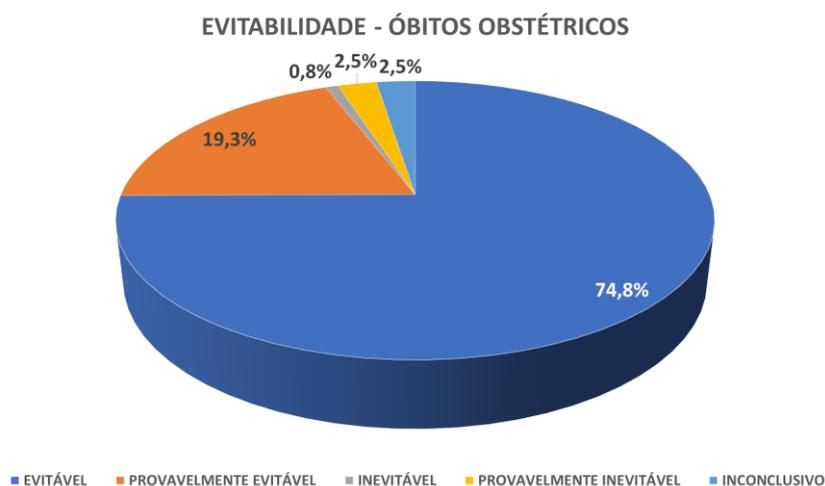


Fonte: Secretaria executiva CEPMMIF

2.4. Evitabilidade dos óbitos maternos

O gráfico 10 apresenta a classificação de evitabilidade dos óbitos maternos dos casos discutidos pela secretaria executiva (119 óbitos obstétricos, incluindo os tardios). A evitabilidade é identificada por meio da discussão de cada caso de óbito materno e leva em consideração todo o trajeto percorrido pela mulher desde a fase pré-concepcional até o momento do óbito, considerando não apenas o cuidado prestado, mas todas as características de vida e barreiras, porventura presentes, que possam ter contribuído direta ou indiretamente para a ocorrência da morte. Sendo assim, os casos são categorizados em evitáveis, provavelmente evitáveis, provavelmente inevitáveis e inevitáveis.

Gráfico 10 – Classificação da evitabilidade dos óbitos obstétricos – Minas Gerais, 2020



Fonte: Secretaria executiva CEPMMIF

Em outra análise realizada pela secretaria executiva do CEPMMIF identificamos que dos 88 óbitos obstétricos classificados como evitáveis, 57 mulheres (64,8%) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gestação, 55 mulheres (62,5%) tiveram 6 ou mais consultas de pré-natal, nove (10,2%) não fizeram pré-natal e em quatro casos (4,5%) não foi possível obter informações sobre início do pré-natal e número de consultas. Dos 68 casos de óbitos obstétricos evitáveis que tiveram parto, todos os partos (100%) foram assistidos em unidades hospitalares e, apenas um óbito ocorreu em domicílio. Frente a esses dados, fica evidente a necessidade da qualificação da assistência obstétrica como um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores municipais, regionais e estadual.

2.5. Qualidade do preenchimento das Declarações de Óbitos

A declaração de óbito (DO) é um documento chave para alimentação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e, em consequência, tem relação direta com a qualidade das estatísticas vitais. O adequado preenchimento deste documento permite a correta identificação dos óbitos obstétricos. Entretanto, existe uma crescente preocupação com a qualidade das informações obtidas por consulta à DO, pois é significativa frequência das vezes nas quais os óbitos maternos são subnotificados, em decorrência do não preenchimento ou do preenchimento inadequado dos campos essenciais para identificação dos mesmos.

Na tabela 2 apresentamos a análise do preenchimento do campo 37 da DO (Óbito de mulher em idade fértil) que permite identificar os óbitos que ocorreram na gravidez, no abortamento, no parto, até 42 dias após o término da gestação, de 43 dias a 1 ano após o término da gestação ou não ocorreu nestes períodos e, do campo 40 (Causas da morte).

Tabela 2 – Inadequações no preenchimento da declaração de óbito – Minas Gerais, 2020

Inconsistência da DO original	N	%
Cópia da DO original não enviada	6	3,8
Campo 37		
Preenchido, correto	68	43,0
Preenchido, incorreto	24	15,2
Não preenchido (em branco)	60	38,0
Morte materna declarada		
SIM, causa básica correta	68	43,0
SIM, causa básica incorreta	2	1,3
NÃO	45	28,5
NÃO SE APLICA (óbito não obstétrico)	37	23,4
Campo 37 não preenchida e causa básica obstétrica não declarada	22	13,9
TOTAL	58	100

Fonte: Secretaria executiva CEPMMIF

O processo de investigação epidemiológica busca corrigir essas inadequações do preenchimento da DO, sendo possível no SIM após a análise de cada caso, realizar o preenchimento de uma DO pós-investigação com as correções necessárias. No mesmo sistema existe, também, uma ficha síntese na qual deve ser informado todas as correções que foram efetuadas na DO pós-investigação. Vale ressaltar que a DO original é mantida em sua íntegra no SIM. Os dados referentes ao preenchimento incorreto ou indevido da DO sinaliza para a necessidade de melhorias na capacitação dos profissionais médicos sobre a importância deste documento.

2.6. Principais fragilidades no cuidado e principais recomendações

As reuniões semanais da secretaria executiva do CEPMMIF, desde 2020, tem sido realizadas no formato *on line* e, contam com a participação de representantes dos comitês regionais e municipais e das referências técnicas da vigilância do óbito, sendo também convidados representantes das instituições de ocorrência do parto e/ou óbito. A partir das reuniões de análise dos casos de 2019, após as reuniões passamos a emitir um documento formal, enviado via SEI, para a representante da regional de saúde com uma síntese da discussão dos casos. A referência da regional é responsável para a distribuição do documento para os municípios envolvidos (residência e ocorrência). Nessa devolutiva constam a classificação final do caso (obstétrico direto, obstétrico direto tardio, obstétrico indireto, obstétrico indireto tardio, obstétrico não especificado, obstétrico não especificado tardio ou não obstétrico), a evitabilidade (evitável, provavelmente evitável, provavelmente inevitável, inevitável ou inconclusivo), além das fragilidades identificadas na assistência (atenção primária à saúde, atenção especializada, instituição hospitalar de ocorrência do parto, instituição hospitalar de ocorrência do óbito, vigilância do óbito, comitê municipal/regional, gestão municipal, gestão regional, gestão estadual, regulação) e, respectivas recomendações. Além disso, é solicitado que seja enviado ao CEPMMIF relatório a respeito das providências/atividades realizadas pelo comitê/município sobre as recomendações. Vale ressaltar que na análise dos

casos são considerados não apenas os eventos ocorridos ou relacionados diretamente ao óbito, mas, sim, todo o processo do cuidado em saúde que a mulher teve acesso antes e durante o ciclo gravídico-puerperal.

Entre as fragilidades mais prevalentes destacam-se:

1. Pouca atenção às variáveis determinantes de vulnerabilidade
2. Captação tardia da gestante
3. Ausência de busca ativa de gestantes faltosas
4. Dificuldade de acesso ao atendimento especializado
5. Ausência de acompanhamento compartilhado entre atenção primária e especializada nas gestações de alto risco
6. Dificuldade de acesso ao planejamento reprodutivo
7. Dificuldade na identificação de método contraceptivo adequado em situações especiais
8. Dificuldade na correta estratificação do risco gestacional
9. Pouca valorização de sintomas e sinais apresentados durante os atendimentos ambulatoriais, na urgência/emergência e/ou na internação
10. Interpretação inadequada dos exames complementares
11. Ausência de protocolos clínicos ou não seguimento dos protocolos clínicos vigentes
12. Dificuldade de acesso e/ou dificuldade na utilização de hemocomponentes
13. Preenchimento inadequado da declaração de óbito
14. Falta de informações relevantes na investigação epidemiológica (relação temporal de eventos e das intervenções, resultados de exames), incluindo baixa qualidade de informações disponíveis em prontuário, seja hospitalar e/ou ambulatorial,
15. Falta de acompanhamento da família, em especial das crianças órfãs, após o óbito materno

Entre as principais recomendações destacam-se:

1. Aprimoramento nos processos de trabalho, com destaque para a assistência compartilhada e assistência em equipe
2. Qualificação para assistência em planejamento reprodutivo, atenção ao pré-natal, parto e puerpério
3. Construção/atualização de protocolos clínicos
4. Capacitação sobre preenchimento de Declaração de Óbitos
5. Acompanhamento/monitoramento diferenciado para família e, em especial, para as crianças órfãs considerando o óbito materno como evento sentinela para risco na infância
6. Articulação com outras áreas da saúde – assistência social, saúde mental – para ações conjuntas, em especial nas situações de vulnerabilidade

Os grupos de fragilidades e recomendações dos casos analisados pelo CEPMMIF a partir de sua reestruturação em 2015 representaram a principal fonte para a construção do Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil de Minas Gerais que foi aprovado por meio da Deliberação CIB/SUS N° 3.564, de 21 de outubro de 2021.

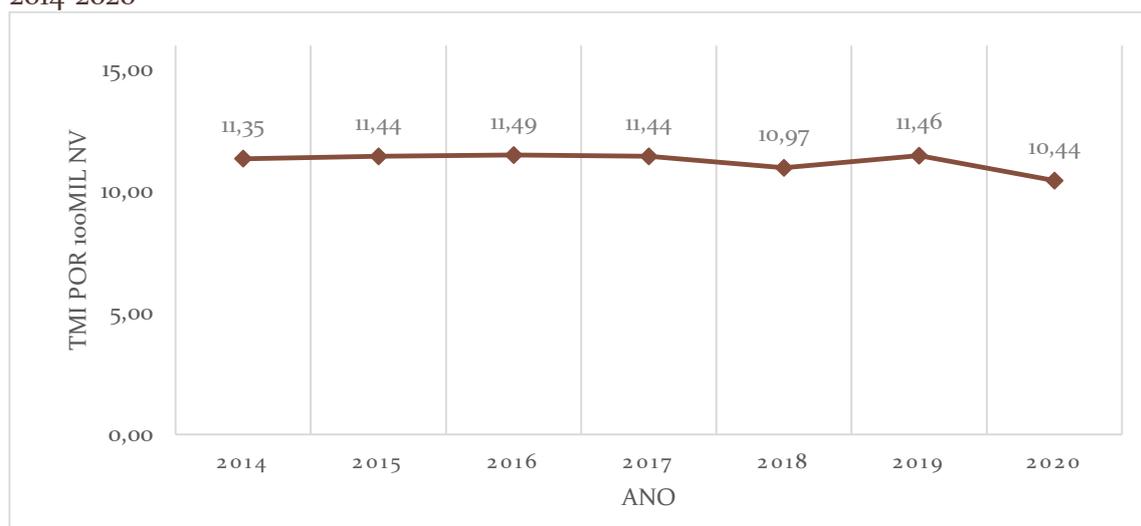
3. Mortalidade Infantil – Minas Gerais, 2020

A atuação da secretaria executiva do CEPMMIF na análise dos óbitos infantis ainda é bastante embrionária e, praticamente, tem se restringido à discussão dos óbitos neonatais e/ou fetais quando da ocorrência simultânea do óbito materno. Essa fragilidade é secundária à ausência de representação de profissional médico pediatra na secretaria executiva. Sendo assim, as informações sobre a mortalidade infantil são, quase que exclusivamente, baseadas nos dados epidemiológicos disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e apresentados nas reuniões ordinárias do CEPMMIF.

3.1. Taxa de Mortalidade Infantil

Até o dia 12 de abril de 2022 constava no SIM 2.581 óbitos em menores de 1 ano e 247.155 nascidos vivos, representando, portanto, uma taxa de mortalidade infantil de 10,44. Embora essa taxa seja a menor alcançada nos últimos sete anos (Gráfico 11), esse número representa a ocorrência de sete mortes de crianças com menos de um ano por dia no ano de 2020, o que equivale dizer que naquele ano a cada 3,4 horas morria uma criança que estava no seu primeiro ano de vida.

Gráfico 11 - Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 NV), segundo ano do óbito. Minas Gerais, 2014-2020

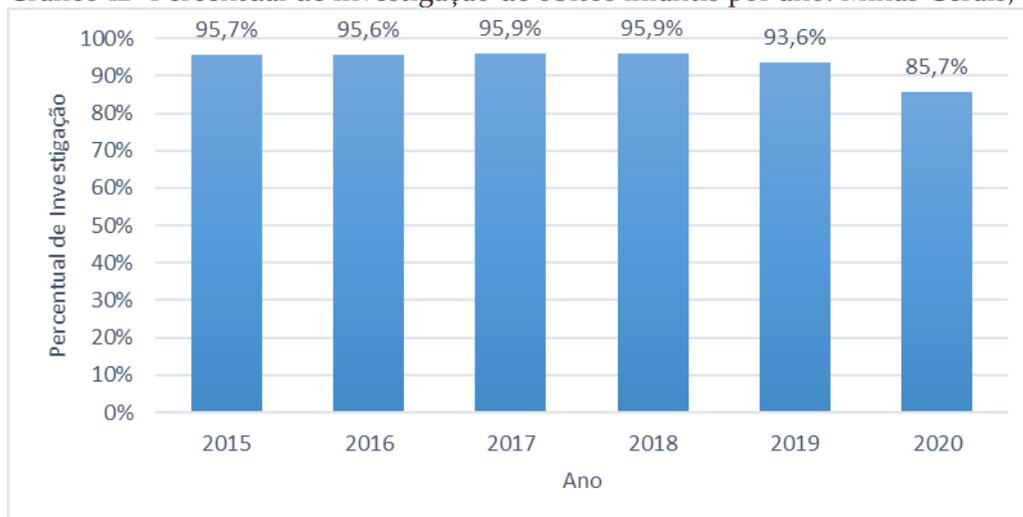


Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (TABNET MG)

Dados de 2020 a 2022 atualizados em 03 de abril de 2022, portanto sujeitos a alterações/revisões (Consulta em 12/04/2022).

No gráfico 12, apresentamos o percentual de óbitos infantis investigados por ano, com destaque para a queda da investigação no ano de 2020, que pode representar menor confiabilidade nos dados disponíveis.

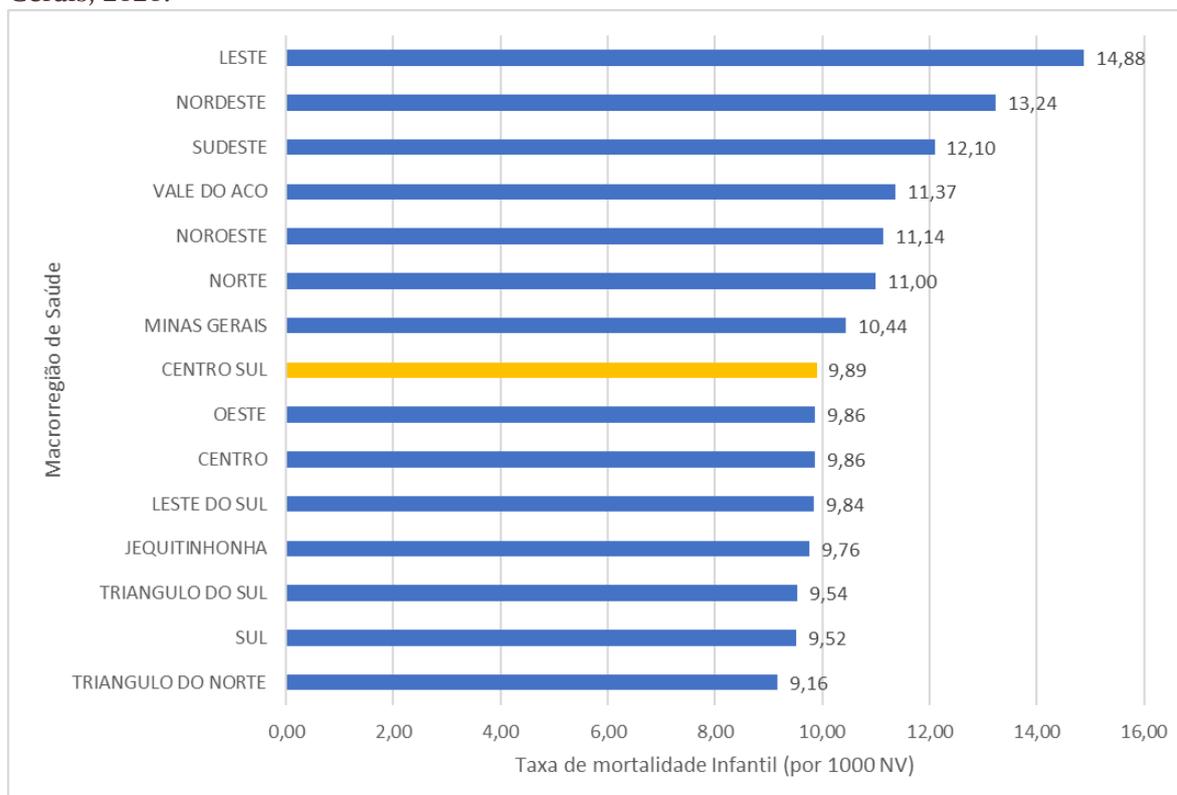
Gráfico 12 - Percentual de Investigação de óbitos infantis por ano. Minas Gerais, 2015 - 2020.



Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (TABNET MG). Consulta em 12/04/2022.

A taxa de mortalidade infantil por macrorregião de saúde (Gráfico 13) continua mostrando as grandes diferenças regionais em nosso estado, sinalizando para a necessidade de construção de plano regionais que estejam atentos às diferenças de cada território.

Gráfico 13 – Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 NV) por Macrorregião de Saúde. Minas Gerais, 2020.

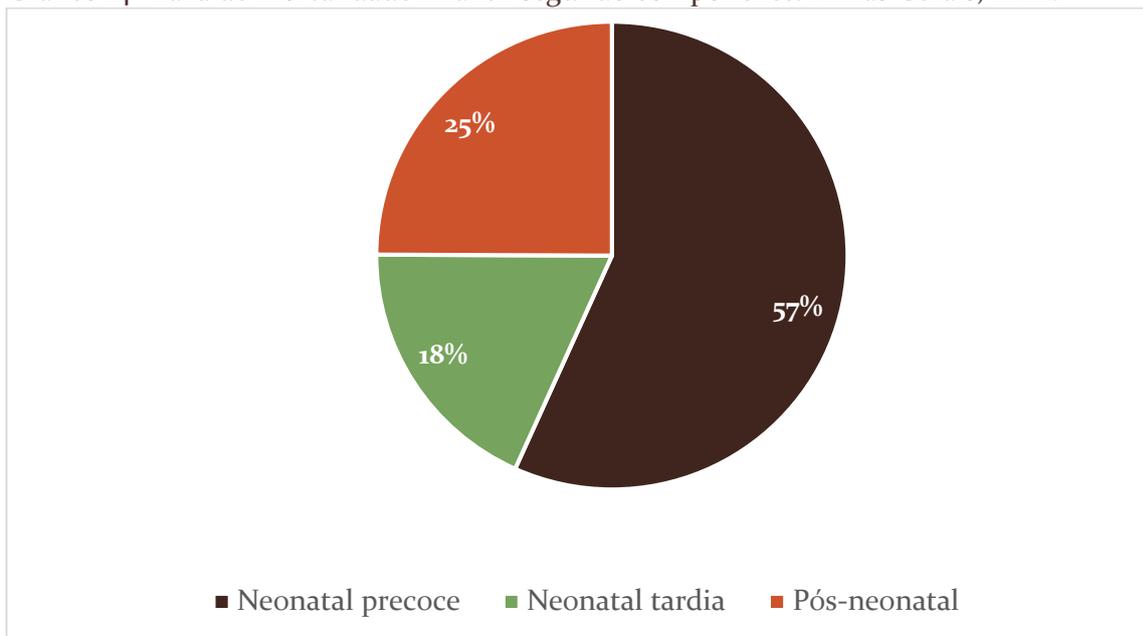


Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (TABNET MG). Consulta em 12/04/2022

3.2. Componentes da mortalidade infantil

A análise dos componentes da mortalidade infantil (Gráfico 14) mostra que a mortalidade neonatal precoce (zero a 6 dias) representa mais da metade de todos os óbitos infantis. Vale ressaltar que 52,1% dos óbitos do período neonatal precoce ocorrem nas primeiras 24 horas de vida, o que demonstra a necessidade de qualificação da assistência ao recém-nascido em sala de parto e a importância de uma grade de referenciamento para o parto/nascimento que atenda a necessidade de cada gestante, estratificada, também, pelo risco neonatal.

Gráfico 14- Taxa de mortalidade infantil segundo componente. Minas Gerais, 2020.



Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (TABNET MG). Consulta em 12/04/2022

3.3. Principais causas da Mortalidade Infantil

A tabela 3 mostra as principais causas de óbitos por componente da mortalidade infantil. Destaca-se que os fatores maternos representam a principal causa no componente neonatal precoce, sinalizando para a importância da assistência pré-natal no combate às mortes evitáveis no período neonatal. Um importante desafio na redução da mortalidade infantil são as malformações congênitas que representam o segundo grupo de causas no componente neonatal precoce e também no tardio e a primeira causa no período pós-neonatal. Dentre as malformações congênitas, as cardíacas ocupam o segundo lugar no período neonatal precoce e o primeiro nos períodos neonatal tardio e pós-neonatal. A detecção antenatal das cardiopatias congênitas passíveis de correção cirúrgica e construção de uma rede de assistência especializada a esses recém-nascidos e crianças é fator importante na redução dos óbitos.

Tabela 3 – Principais causas de óbitos, segundo componente da mortalidade infantil (menor de 1 ano). Minas Gerais, 2020.

Componente e principais causas Lista CID-10	Frequência	Percentual (%)
Neonatal precoce (0 a 6 dias)	1461	-
Algumas afecções originadas no período perinatal	1105	75,63
. Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos	341	
. Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido	171	
Malformações congênitas, deformidades e anomalias	318	21,77
. Outras malformações congênitas	166	
. Malformações congênitas do coração	67	
Neonatal tardio (7 - 27 dias)	472	-
Algumas afecções originadas no período perinatal	331	70,13
. Septicemia bacteriana do recém-nascido	95	
. Restante das afecções perinatais	86	
Malformações congênitas, deformidades e anomalias	115	24,36
. Malformações congênitas do coração	51	
. Outras malformações congênitas	32	
Pós-neonatal (28 - 364 dias)	642	-
Malformações congênitas, deformidades e anomalias	213	33,18
. Malformações congênitas do coração	105	
. Outras malformações congênitas	57	
Algumas afecções originadas no período perinatal	144	22,43
. Restante das afecções perinatais	46	

Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (TABNET MG). Consulta em 12/04/2022.

3.4. Algumas características relevantes do perfil da mortalidade infantil

A tabela 4 apresenta a distribuição dos óbitos infantis de 2020 em relação ao peso ao nascer e duração da gestação. Destaca-se que 370 casos (14,3%) não tinham o peso ao nascer informado na declaração de óbito e em 447 casos (17,3%) a informação da idade gestacional era ignorada ou não informada. Esses dados reforçam os comentários já firmados no item sobre mortalidade materna sobre a qualidade insatisfatória do preenchimento das declarações de óbito e, em consequência, a importância da capacitação dos profissionais médicos na valorização do documento e do preenchimento dos campos do mesmo. Em relação ao peso ao nascer, a tabela mostra que 1.005 crianças (38,9%) tinham essa variável entre 2.500 e 3999g, enquanto 1.622 (62,9%) podiam ser classificadas como baixo peso ao nascer, das quais 909 casos tinham peso inferior a 1.000g (35,3%), 267 (10,3%) tinham peso entre 1.000 e 1.499g e em 446 casos (17,3%) o peso era entre 1.500 e 2.499g. A grande maioria das crianças com baixo peso ao nascer necessitam de cuidados neonatais diferenciados, reforçando a importância dos leitos de cuidado neonatal progressivo para atender as necessidades específicas de cada grupo. No que se refere à idade gestacional, 1.550 crianças (60,0%) eram pré-termo, ou seja, tiveram a idade gestacional ao nascimento menor que 37 semanas, mostrando a importante relação entre prematuridade e mortalidade infantil.

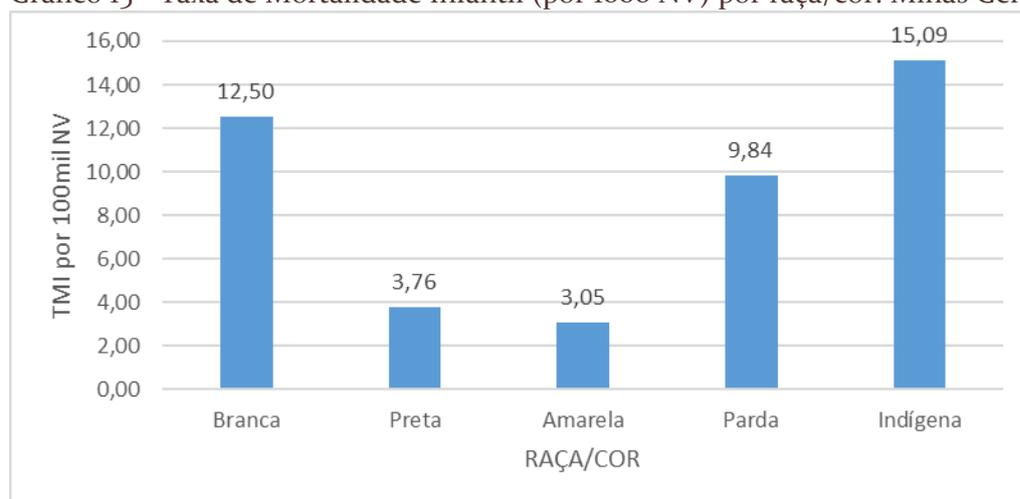
Tabela 4 - Distribuição do peso e idade gestacional ao nascer nos casos de óbitos infantis - Minas Gerais, 2020

Variáveis	Óbitos	%
Peso ao nascer		
Menos de 500g	221	8,6%
500 a 999g	688	26,7%
1000 a 1499 g	267	10,3%
1500 a 2499 g	446	17,3%
2500 a 2999 g	267	10,3%
3000 a 3999 g	292	11,3%
4000g e mais	30	1,2%
Ignorado	370	14,3%
Duração gestação		
Menos de 22 semanas	246	9,5%
22 a 27 semanas	620	24,0%
28 a 31 semanas	310	12,0%
32 a 36 semanas	374	14,5%
37 a 41 semanas	577	22,4%
42 ou mais semanas	7	0,3%
Ignorado ou não informado	447	17,3%
Total	2581	100,0%

Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMTG (TABNET MG). Consulta em 12/04/2022.

O gráfico 15 mostra a taxa de mortalidade infantil por raça/cor no ano de 2020. Chama a atenção a importante diferença dessa taxa entre indígenas, reforçando a necessidade de construção de ações específicas para essa população.

Gráfico 15 - Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 NV) por raça/cor. Minas Gerais, 2020.

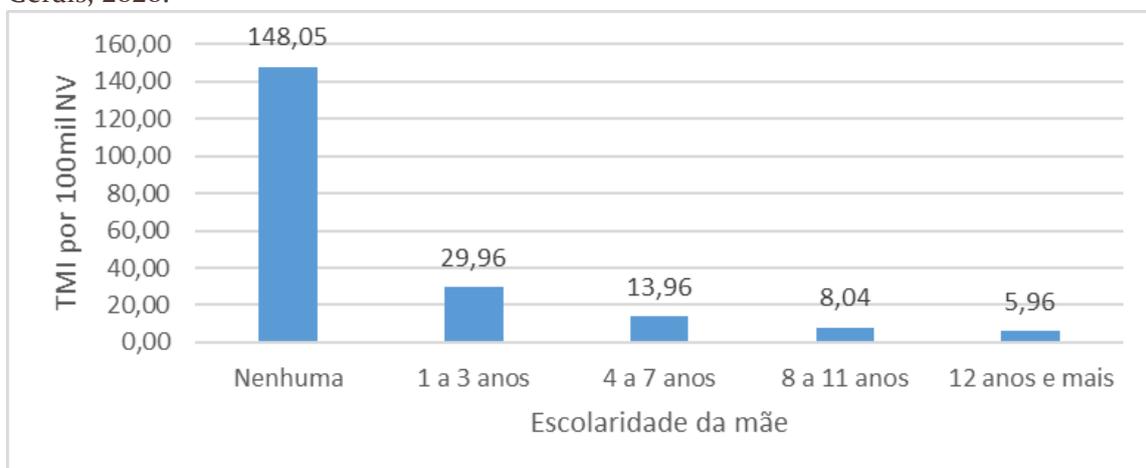


Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMTG (TABNET MG). Consulta em 12/04/2022.

A escolaridade materna é importante fator de risco para a mortalidade infantil. O gráfico 16 mostra que quanto menor a escolaridade materna maior a taxa de mortalidade infantil. Vale lembrar que, via de regra, a escolaridade tem relação direta com condições socioeconômicas,

mas, também, pode ser importante na compreensão por parte dessas mulheres dos cuidados necessários, em especial em crianças com algum fator de risco.

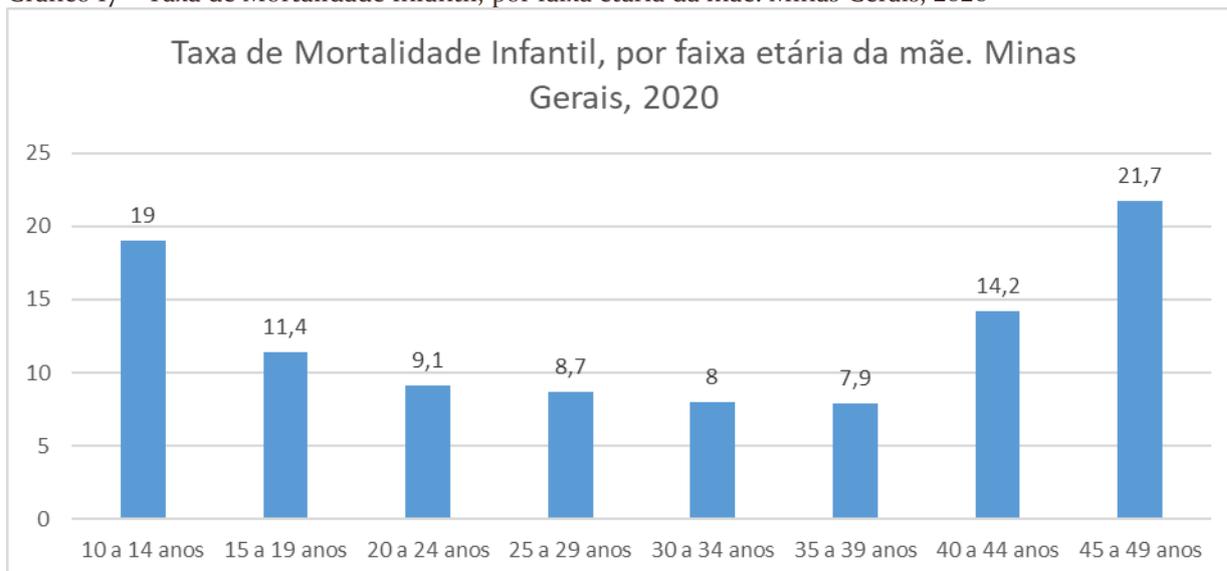
Gráfico 16 – Taxa de Mortalidade Infantil (menor de 1 ano), por escolaridade da mãe. Minas Gerais, 2020.



Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (TABNET MG). Consulta em 12/04/2022.

A análise da taxa de mortalidade infantil por faixa etária da mãe chama a atenção que nos extremos da idade reprodutiva se concentram taxas de mortalidade infantil maiores (Gráfico 17). A prevenção da gravidez na adolescência e o suporte especial para as mães deste grupo etário são importantes na redução da mortalidade infantil. Por outro lado, para mulheres com idade reprodutiva elevada, em especial 40 anos ou mais, o planejamento reprodutivo é a principal estratégia, pois nesse grupo se encontram com mais frequência mulheres multíparas e/ou com doenças crônicas. Além disso, para aquelas mulheres com doenças prévias o acesso ao acompanhamento compartilhado entre atenção especializada e atenção primária é fator determinante no resultado perinatal.

Gráfico 17 – Taxa de Mortalidade Infantil, por faixa etária da mãe. Minas Gerais, 2020

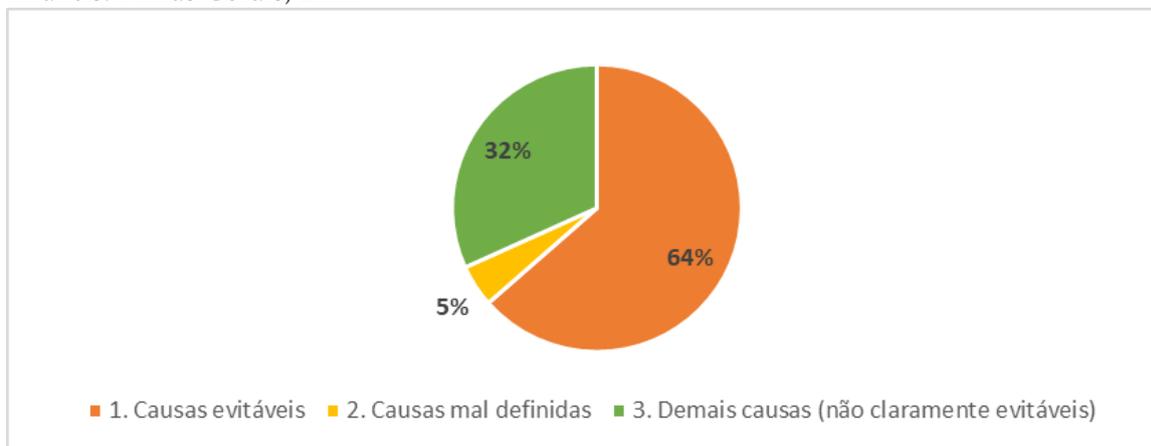


Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (TABNET MG). Consulta em 12/04/2022.

3.5. Evitabilidade dos óbitos infantis

O Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 2ª edição, 2009 publicado pelo Ministério da Saúde traz a classificação de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, modificada por Malta et al, em 2007³ e atualizada em 2010⁴ como uma recomendação para análise de evitabilidade dos óbitos. Então, aqui, diferentemente do que ocorre na análise de evitabilidade dos óbitos maternos que é baseada na investigação epidemiológica do caso e na discussão dos casos pelos membros dos comitês, para a mortalidade infantil existe a possibilidade de programação de transformação da causa básica digitada no SIM em grupamentos de evitabilidade baseada nessa classificação. Por isso, mesmo sem um processo de organização sistemática de análise caso a caso, a mortalidade infantil e fetal poder ser categorizada em grupamentos de causas evitáveis, causas mal definidas e causas não claramente evitáveis (Gráfico 18). No gráfico 19 a classificação da evitabilidade é distribuída entre os componentes da mortalidade infantil

Gráfico 18 – Classificação da evitabilidade (Lista de Causas Evitáveis 0 a 4 anos) dos óbitos infantis. Minas Gerais, 2020

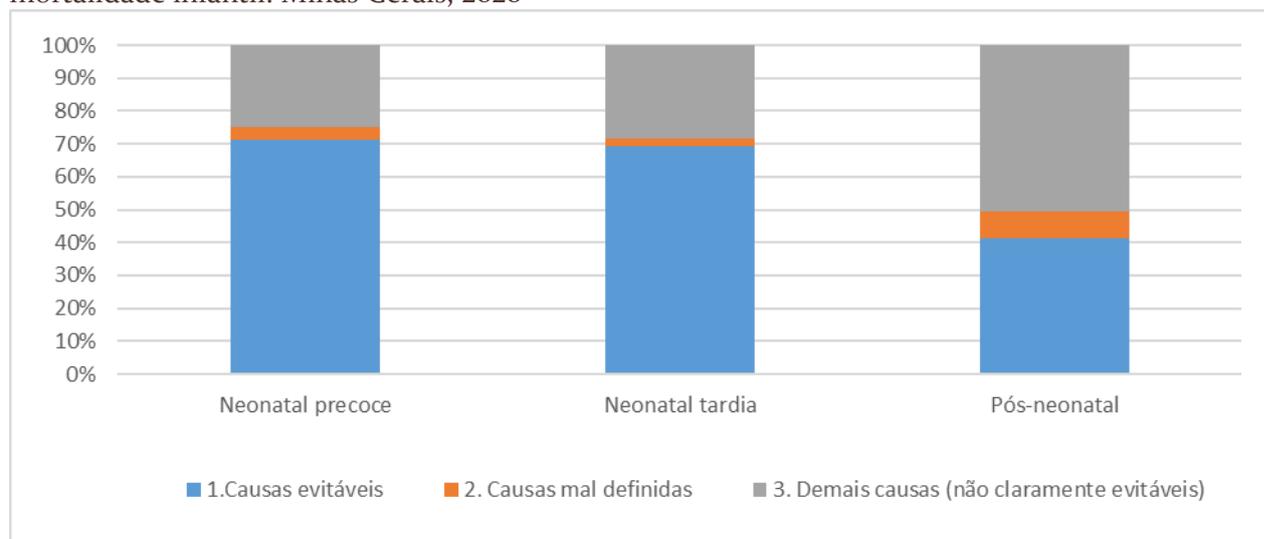


Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (TABNET MG). Consulta em 12/04/2022.

³ Malta DC, Duarte EC, Furquin de Almeida M, Sales Dias MA, et al. Tabela Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Volume 16 - Nº 4 - outubro / dezembro de 2007. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a02.pdf>.

⁴ Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 19(2):173-176, abr-jun 2010. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a10.pdf>.

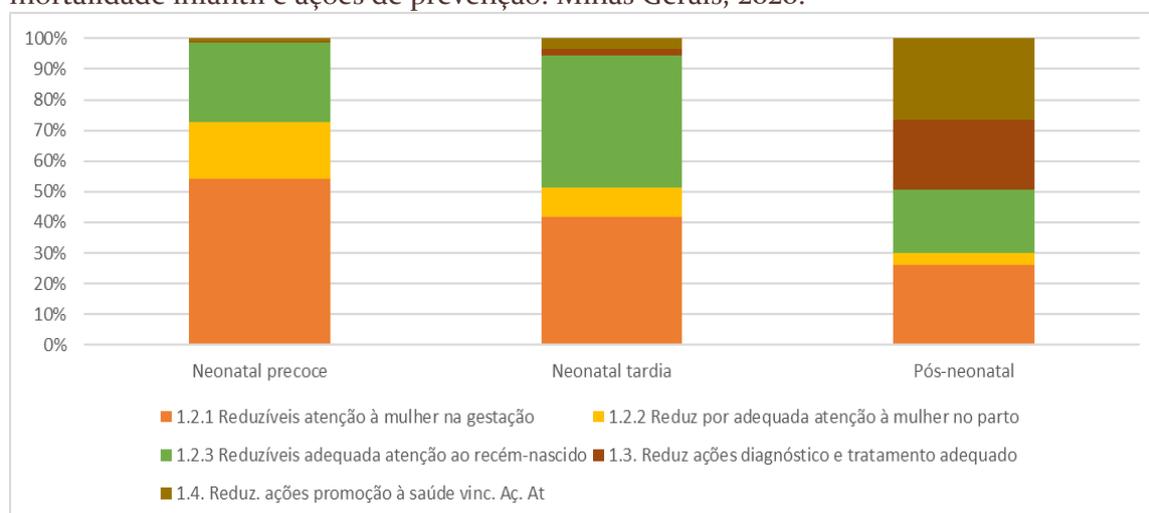
Gráfico 19 – Classificação da evitabilidade dos óbitos infantis, segundo componentes da mortalidade infantil. Minas Gerais, 2020



Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (TABNET MG). Consulta em 12/04/2022.

O gráfico 20 apresenta os tipos de ações preventivas para os óbitos considerando a codificação da causa básica do mesmo. Destaca-se que as ações relacionadas à atenção pré-natal, parto e ao recém-nascido respondem pela grande parte da evitabilidade, mais uma vez reforçando a importância do planejamento de cada gestação e do acesso à medidas que favoreçam uma gravidez, parto e nascimento seguros.

Gráfico 20 – Distribuição dos óbitos infantis (menor de 1 ano) evitáveis, por componente da mortalidade infantil e ações de prevenção. Minas Gerais, 2020.



Fonte: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (TABNET MG). Consulta em 12/04/2022.

4. Conclusões

Os dados dos óbitos maternos e infantis ocorridos no ano de 2020, mais uma vez, demonstram a necessidade da organização de ações preventivas que tenham como objetivo primário a redução das mortes evitáveis. As ações que foram consideradas prioritárias para alcançar a meta de redução progressiva de mortes evitáveis fazem parte do Plano de

Enfrentamento da Mortalidade Materna e Infantil de Minas Gerais e estão agrupadas em 4 áreas estratégicas, a saber: (1)Prevenção da gravidez não desejada e/ou planejada e das complicações dela decorrentes; (2)Acesso universal a serviços de qualidade na Rede de Atenção à Saúde; (3)Qualificação profissional e, (4) Mobilização social e comunicação. Para alcançar as metas pactuadas é necessário o envolvimento de toda a sociedade e um esforço coletivo de gestores e profissionais da saúde.

Todas as ações do CEPMMIF e documentos relacionados ao tema podem ser acessados nos seguintes endereços eletrônicos:

1. Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais – CEPMMIF - <https://www.saude.mg.gov.br/cepmmif>
2. Plano de Enfretamento à Mortalidade Materna e Infantil de Minas Gerais - <https://saude.mg.gov.br/planoenfrentamentommi>
3. Portal da Vigilância em Saúde - <http://vigilancia.saude.mg.gov>.