

Governo do Distrito Federal – Secretaria de Estado de Saúde

Subsecretaria de Vigilância à Saúde – Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde – Giass

RELATÓRIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE MORTALIDADE MATERNA DISTRITO FEDERAL, 2018 E 2019

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Governador do Distrito Federal
Ibaneis Rocha

Secretário de Estado de Saúde
Osnei Okumoto

Subsecretário de Vigilância à Saúde
Divino Valero Martins

Diretora de Vigilância Epidemiológica da SES
Fabiano dos Anjos Pereira Martins

Gerente de Informação e Análise de Situação em Saúde
Rosangela Silva

Colaboradores da Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde

Adelson Guimarães da Costa

Ana Cláudia Moraes Godoy Figueiredo

Ana Cristina Machado

Claudia Andrade Santos

Cláudio José Ferreira Lima Júnior

Dalva Nagamine Motta

Delmason Soares Barbosa de Carvalho

Diones Araújo da Guarda

Diva Martins Costa

Elaine Ramos de Moraes Rego

Jorge Luiz Nascimento Ramos

Luciane Santos Batista Carvalho

Manuela Emiliana Amorelli Chacel

Maria da Guia Lopes de Araújo

Maria do Socorro Laurentino de Carvalho

Otaviana Pereira de Castro

Paloma Regina Dias Santos

Rosana Maria da Costa

Rosangela Silva

Elaboração

Giselle Hentzy Moraes

Márcia Cristina de Sousa Reis

CONTEÚDO

Conteúdo.....	3
Lista de Figuras.....	3
Lista de Tabelas.....	4
1. Introdução.....	5
2. Objetivos	5
3. Metodologia.....	6
4. Resultados.....	7
4.1. Situação Epidemiológica	7
4.2. Análise de possíveis fatores de risco.....	14
4.3. Óbitos maternos ocorridos no Distrito Federal	17
4.4. Situação de investigação.....	18
5. Considerações Finais.....	19
6. Referências Bibliográficas	22

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS E RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (RMM). DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.	7
FIGURA 2. DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS POR REGIÃO ADMINISTRATIVA DE RESIDÊNCIA. DISTRITO FEDERAL, DADOS ACUMULADOS DE 2010 A 2019.....	9
FIGURA 3. RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA ACUMULADA CONFORME REGIÃO ADMINISTRATIVA DE RESIDÊNCIA. DISTRITO FEDERAL, DADOS ACUMULADOS DE 2010 A 2019.....	10
FIGURA 4. ÓBITOS MATERNOS DISTRIBUÍDOS POR FAIXA ETÁRIA. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.....	15
FIGURA 5. ÓBITOS MATERNOS DISTRIBUÍDOS POR ESCOLARIDADE. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.	15
FIGURA 6. ÓBITOS MATERNOS DISTRIBUÍDOS POR RAÇA/COR DA PELE. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019. ..	16
FIGURA 7. ÓBITOS MATERNOS DISTRIBUÍDOS POR NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.....	16

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS E RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.	8
TABELA 2. NÚMERO E PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS POR TIPO DE CAUSA. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.	10
TABELA 3. NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS POR CAUSA BÁSICA (CID 10). DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.	11
TABELA 4. ÓBITOS TARDIOS. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.	13
TABELA 5. ÓBITOS INCIDENTAIS. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.	14
TABELA 6. CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS POR FAIXA ETÁRIA, ESCOLARIDADE, RAÇA/COR E NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.	17
TABELA 7. NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS POR TIPO DE ESTABELECIMENTO DE OCORRÊNCIA*. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.	18
TABELA 8. SITUAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.	18
TABELA 9. SITUAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.	19

1. INTRODUÇÃO

O óbito materno é definido como a morte de uma mulher durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, cuja causa esteja relacionada ou tenha sido agravada por esta ou por seu manejo¹. É considerado um evento evitável, na maioria dos casos; e a alta mortalidade materna reflete a desigualdade das condições de vida, acesso e qualidade dos serviços de saúde².

A vigilância epidemiológica do óbito materno é uma atribuição de municípios e estados, conforme definido pela Portaria GM/MS nº1.172, de 15 de junho de 2004. A regulamentação e o estabelecimento de fluxos e prazos para a investigação estão descritos na Portaria GM/MS nº 1.119 de 5 de junho de 2008.

A estratégia utilizada está baseada na investigação dos óbitos maternos declarados, bem como na investigação da história de gravidez nos 12 meses anteriores ao óbito de todas as mulheres em idade fértil (MIF), com a finalidade de identificar possíveis óbitos maternos não declarados, ampliando a capacidade de detecção. Após a investigação e a discussão em comitê, os óbitos são classificados de acordo com a causa básica do óbito (morte materna obstétrica direta ou indireta e morte não obstétrica) e momento do óbito (gravidez, aborto, parto, puerpério até 42 dias após o término da gestação ou de 43 dias a 1 ano após o término da gestação). A partir deste trabalho, é possível aperfeiçoar as estatísticas sobre mortalidade, dispor de um diagnóstico situacional e desenvolver ações para a prevenção dos óbitos e a melhoria da assistência à saúde³.

Este relatório apresenta os dados da Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno no Distrito Federal, enfatizando o perfil epidemiológico dos óbitos maternos e a situação de investigação.

2. OBJETIVOS

Descrever o comportamento da mortalidade materna entre os anos de 2010 a 2019 e o perfil desses óbitos no Distrito Federal, a fim de disponibilizar informações que subsidiem os gestores na implementação de ações para a melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher e a prevenção de óbitos.

3. METODOLOGIA

Este relatório utilizou os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM - e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC. Estes sistemas registram os eventos ocorridos no Distrito Federal, tanto em instituição pública como privada, no domicílio e outros locais (exemplo: via pública). Além disso, estes sistemas também incluem os óbitos e nascimentos de residentes no Distrito Federal ocorridos em outras unidades da federação.

A razão de mortalidade materna (RMM) é o principal indicador utilizado internacionalmente para estimar o risco de morte de mulheres durante a gravidez, o aborto, o parto e o puerpério (até 42 dias após o término da gestação), como consequência de causas relacionadas, sendo calculado pelo número de óbitos maternos entre MIF de 10 a 49 anos, residentes no Distrito Federal, dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por 100.000⁴.

A morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0 (após criteriosa investigação), F53 e M83.0¹.

A morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 (estes últimos após criteriosa investigação)¹.

Os óbitos de MIF consideram todas as mortes de indivíduos do sexo feminino ocorridos na faixa etária de 10 a 49 anos, independente da causa¹.

Outras definições relacionadas a morte materna consideradas na vigilância epidemiológica do óbito materno, incluem: a) óbito incidental (não obstétrico ou não relacionado) que refere-se a morte de MIF que ocorre durante a gravidez, parto, aborto ou puerpério resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez ou seu manejo; b) óbito tardio que é a morte de MIF que ocorre durante o puerpério tardio (43 dias a menos de 1 ano após o parto) devido a causa obstétricas diretas ou indiretas¹.

Os dados foram estratificados considerando as 31 regiões administrativas que compunham o território de Brasília no ano de 2018 e 2019, organizadas em 7 regiões de saúde, coordenadas pelas superintendências regionais. Considerando que a composição das regiões de saúde pode sofrer alteração ao longo dos anos, esses agrupamentos consideraram a configuração atual, respeitando a série histórica de cada região administrativa.

Os dados foram extraídos pelo TabWin 3.2, e analisados com o auxílio do Excel e EpiInfo.

4. RESULTADOS

4.1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

No ano de 2018 ocorreram 21 óbitos maternos entre residentes do Distrito Federal. Em 2019 foram registrados apenas 8 óbitos. Assim, a redução da RMM foi de 60,3%, passando de 47,6 para 18,9 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos (Figura 1).

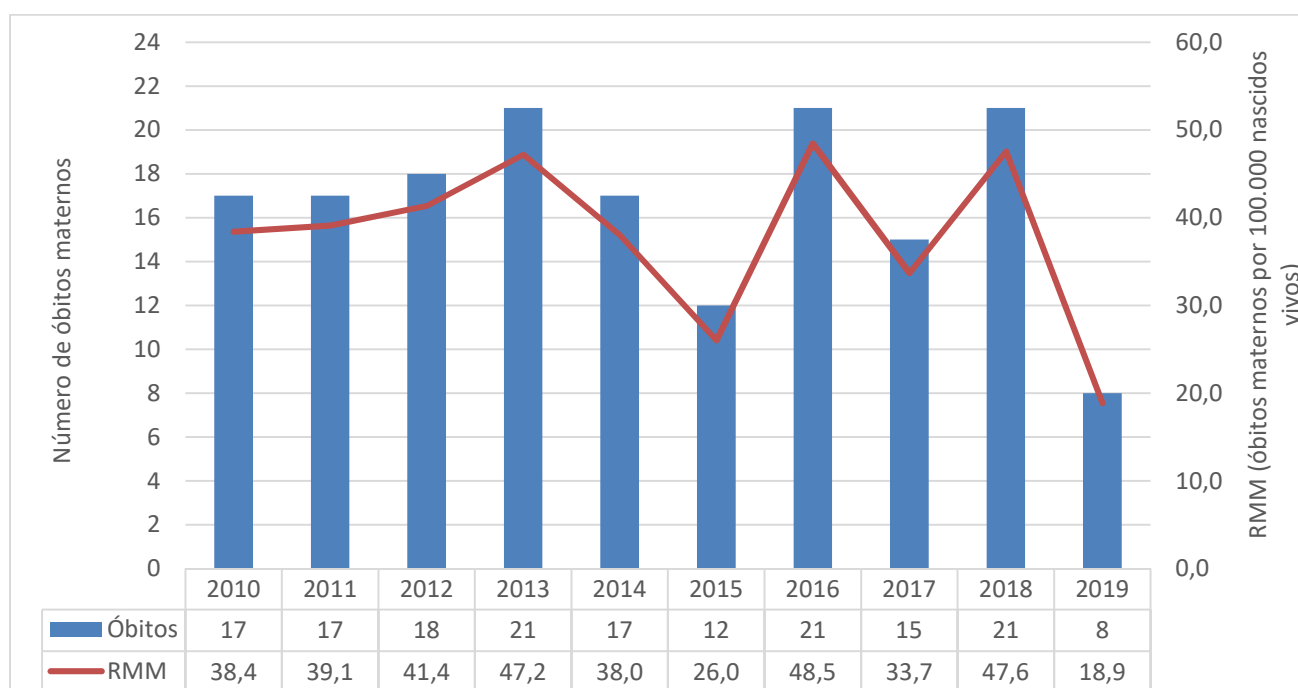


FIGURA 1. NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS E RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (RMM). DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.

Observam-se variações no quantitativo de óbitos maternos no período analisado, sendo que a maior razão de mortalidade foi registrada em 2016 (48,5) e a menor em 2019 (18,9).

TABELA 1. NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS E RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	
											Nº	RMM
CENTRAL	2	1	0	2	0	1	0	1	1	0	8	18,7
..Plano Piloto	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3	12,5
..Cruzeiro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
..Lago Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
..Lago Sul	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	30,1
..Sudoeste/Octogonal	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	3	50,2
..Varjão do Torto	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	53,6
CENTRO-SUL	1	1	2	0	2	1	0	2	0	1	10	20,7
..Candangolândia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
..Guará	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	17,2
..Núcleo Bandeirante	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	23,5
..Park Way	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	48,6
..Riacho Fundo I	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	13,3
..Riacho Fundo II	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	14,8
..SCIA (Estrutural)	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	3	41,9
..SIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
LESTE	2	1	3	3	2	1	3	1	3	0	19	43,3
..Itapoã	2	0	1	1	2	0	0	0	1	0	7	68,6
..Jardim Botânico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
..Paranoá	0	0	1	2	0	0	1	1	2	0	7	57,9
..São Sebastião	0	1	1	0	0	1	2	0	0	0	5	26,5
NORTE	6	5	2	3	1	3	6	1	1	2	30	52,4
..Fercal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	51,7
..Planaltina	2	3	1	2	1	2	5	0	0	2	18	58,1
..Sobradinho	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	5	39,1
..Sobradinho II	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	6	52,0
OESTE	2	2	7	6	5	2	4	5	5	0	38	47,8
..Brazlândia	1	0	0	0	0	1	3	1	2	0	8	73,9
..Ceilândia	1	2	7	6	5	1	1	4	3	0	30	43,7
SUDOESTE	2	5	3	5	5	4	4	3	9	4	45	35,7
..Águas Claras	0	1	0	1	1	2	1	0	0	0	6	27,0
..Recanto das Emas	1	1	1	0	1	1	0	0	3	1	9	42,7
..Samambaia	1	1	1	1	3	0	2	1	4	2	16	41,7
..Taguatinga	0	2	1	3	0	1	1	2	2	1	13	39,2
..Vicente Pires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
SUL	2	2	1	2	2	0	4	2	2	1	18	41,3
..Gama	0	2	1	0	2	0	2	0	1	0	8	37,6
..Santa Maria	2	0	0	2	0	0	2	2	1	1	10	44,9
Total	17	17	18	21	17	12	21	15	21	8	167	37,9

Na análise por Região de Saúde de residência, as Regiões Sudoeste e Oeste acumularam o maior número absoluto de óbitos entre 2010 e 2019; sendo que os maiores riscos de morte materna, com base no cálculo da RMM, foram identificados nas Regiões Norte e Oeste (Tabela 1).

Ceilândia foi a Região Administrativa que concentrou o maior número de óbitos maternos no período; além do destaque para Planaltina, Samambaia e Taguatinga (Tabela 1 e Figura 2).

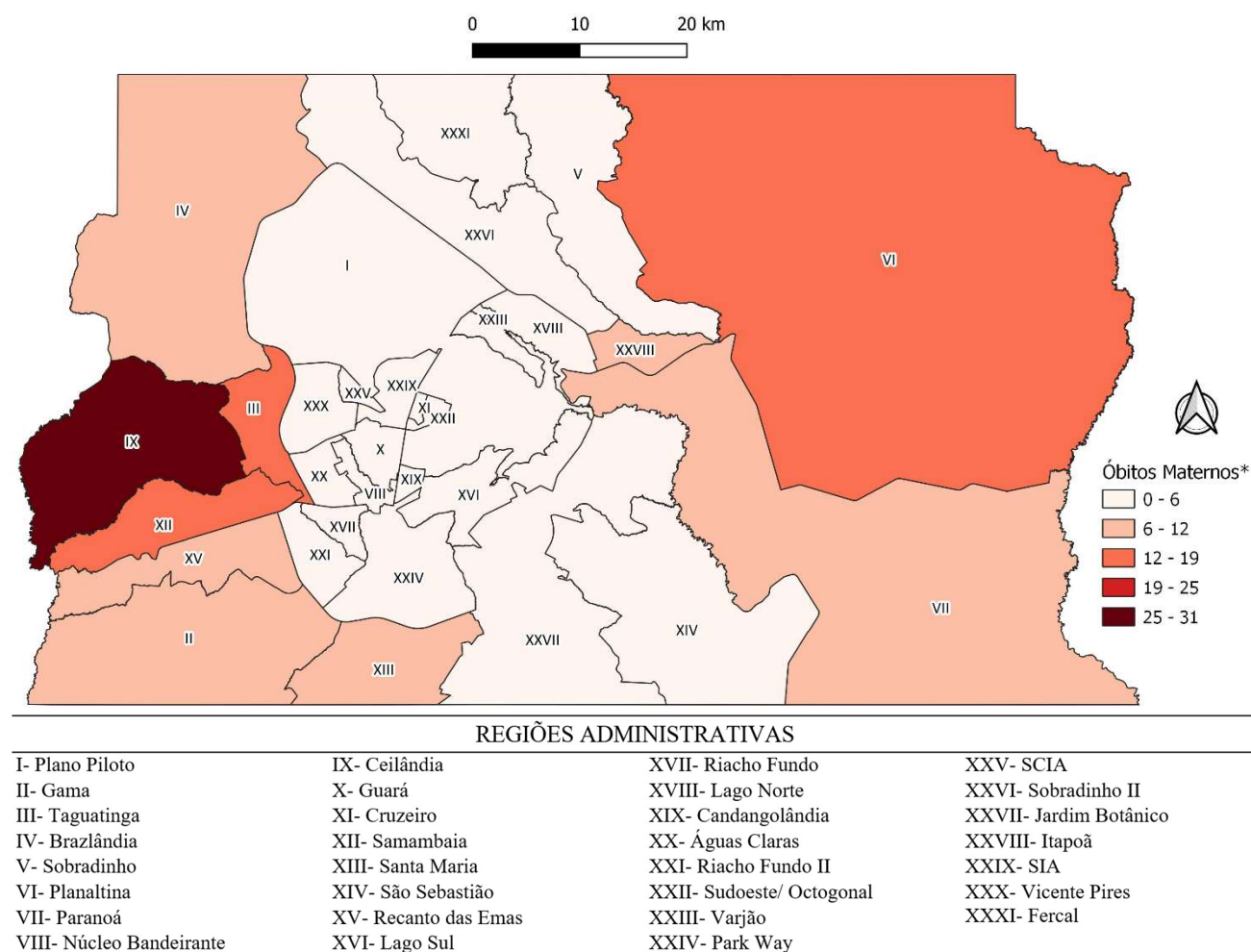
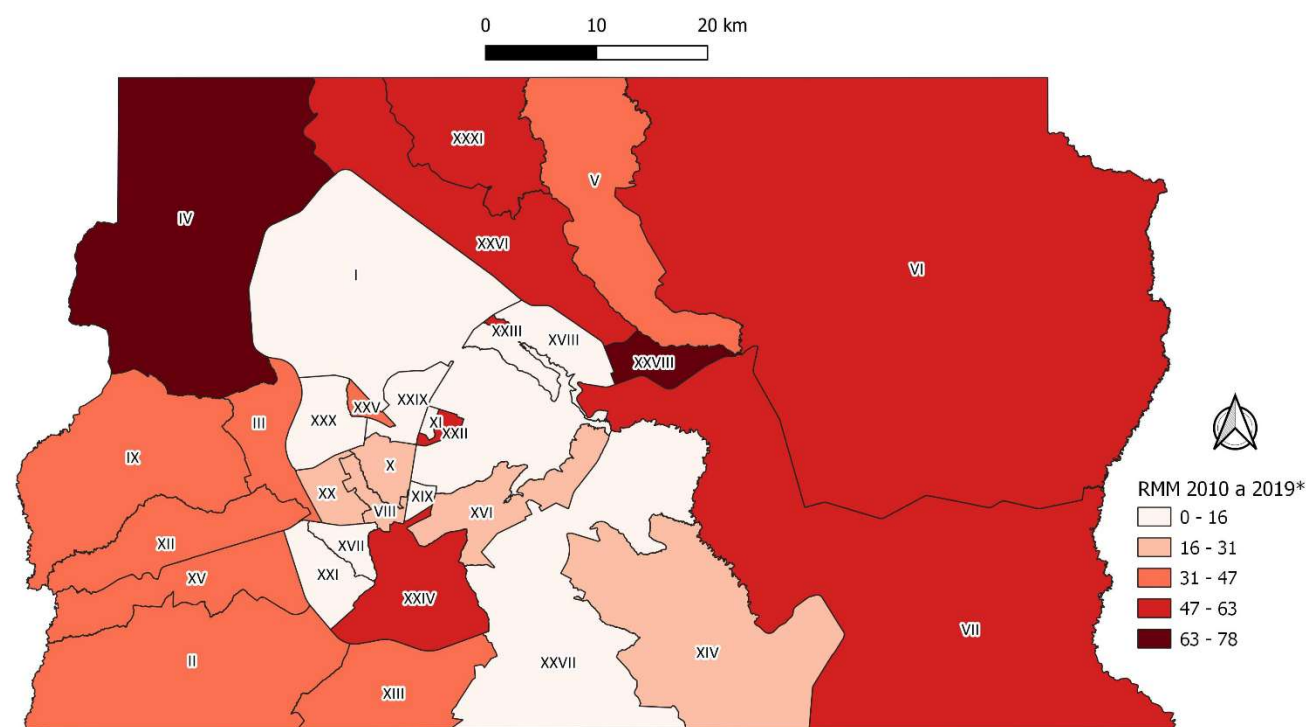


FIGURA 2. DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS POR REGIÃO ADMINISTRATIVA DE RESIDÊNCIA. DISTRITO FEDERAL, DADOS ACUMULADOS DE 2010 A 2019.

As Regiões Administrativas com maior RMM foram Brazlândia e Itapoã (Tabela 1 e Figura 3).



REGIÕES ADMINISTRATIVAS

I- Plano Piloto	IX- Ceilândia	XVII- Riacho Fundo	XXV- SCIA
II- Gama	X- Guará	XVIII- Lago Norte	XXVI- Sobradinho II
III- Taguatinga	XI- Cruzeiro	XIX- Candangolândia	XXVII- Jardim Botânico
IV- Brazlândia	XII- Samambaia	XX- Águas Claras	XXVIII- Itapoã
V- Sobradinho	XIII- Santa Maria	XXI- Riacho Fundo II	XXIX- SIA
VI- Planaltina	XIV- São Sebastião	XXII- Sudoeste/ Octogonal	XXX- Vicente Pires
VII- Paranoá	XV- Recanto das Emas	XXIII- Varjão	XXXI- Fercal
VIII- Núcleo Bandeirante	XVI- Lago Sul	XXIV- Park Way	

FIGURA 3. RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA ACUMULADA CONFORME REGIÃO ADMINISTRATIVA DE RESIDÊNCIA. DISTRITO FEDERAL, DADOS ACUMULADOS DE 2010 A 2019.

TABELA 2. NÚMERO E PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS POR TIPO DE CAUSA. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.

Ano	Tipo de Causa					
	Obstétrica Direta		Obstétrica Indireta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2010	10	58,8	7	41,2	17	100,0
2011	11	64,7	6	35,3	17	100,0
2012	12	66,7	6	33,3	18	100,0
2013	20	95,2	1	4,8	21	100,0
2014	12	70,6	5	29,4	17	100,0
2015	7	58,3	5	41,7	12	100,0
2016	17	81,0	3	14,3	21*	100,0
2017	11	73,3	4	26,7	15	100,0
2018	17	81,0	4	19,0	21	100,0
2019	3	37,5	5	62,5	8	100,0
Total	120	71,9	46	27,5	167*	100,0

*1 óbito de causa obstétrica não especificada

Analisando as causas básicas de morte, as causas obstétricas diretas foram responsáveis por 71,9% dos óbitos maternos, enquanto as indiretas por 27,5% (Tabela 2).

TABELA 3. NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS POR CAUSA BÁSICA (CID 10). DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.

Causa (CID 10)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	%
.Gravidez termina em aborto (O00-O08)	1	1	3	10	4	2	3	0	3	0	27	16,2
..O00 Gravidez ectópica	0	1	0	4	1	0	2	0	1	0	9	5,4
..O01 Mola hidatiforme	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,6
..O02 Outros produtos anormais da concepção	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,6
..O03 Aborto espontâneo	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	4	2,4
..O05 Outros tipos de aborto	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3	1,8
..O06 Aborto NE	0	0	3	3	1	0	1	0	0	0	8	4,8
..O07 Falha de tentativa de aborto	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,6
.Hipertensão pré-existente complicando GPP (O10)	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	3	1,8
.Hipertensão arterial na GPP (O11-O16)	5	4	4	2	5	2	4	4	2	1	33	19,8
..O11 Distúrbios hipertensivos pré-existent com proteinúria superposta	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,6
..O13 Hipertensão gestacional s/proteinúria significativa	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1,2
..O14 Hipertensão gestacional c/proteinúria significativa	1	2	2	0	1	2	3	3	1	1	16	9,6
..O15 Eclâmpsia	2	1	1	2	4	0	1	1	0	0	12	7,2
..O16 Hipertensão materna NE	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1,2
.Complicações venosas na gravidez (O22)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,6
.Infecções do trato geniturinário na gravidez (O23)	1	1	0	1	1	0	3	0	0	0	7	4,2
.Diabetes mellitus na gravidez (O24)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,6
.Transtornos do fígado na GPP (O26.6)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1,2
.Hemorragias (O44-O46, O62, O67, O72)	2	4	1	5	1	3	3	5	2	1	27	16,2
..O44 Placenta prévia com hemorragia	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	1,2
..O45 Descolamento prematuro da placenta	0	1	0	1	0	1	0	2	1	1	7	4,2
..O46 Hemorragia anteparto NCOP	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,6
..O62 Anormalidades da contração uterina	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	4	2,4
..O67 Outras hemorragias intraparto	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1,2
..O72 Hemorragia pós-parto	1	1	0	2	1	2	0	3	1	0	11	6,6

.Traumatismo obstétrico (O70 e O71)	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	4	2,4
..O70 Laceração do períneo durante o parto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,6
..O71 Outros traumas obstétricos	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	3	1,8
.Complicações da anestesia no parto (O74)	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1,2
.Infecções puerperais (O85 e O86)	1	1	1	0	1	0	1	1	3	1	10	6,0
.Complicações venosas no puerpério (O87)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,6
.Embolia de origem obstétrica (O88)	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	1,8
.Complicações do puerpério NCOP (O90)	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1,2
.Afecções da mama associadas ao parto (O92)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,6
.Morte obstétrica de causa NE (O95)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,6
.Doença infecto parasitária complicando GPP (O98)	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	4	2,4
.Outras doenças maternas complicando GPP (O99)	7	5	6	1	3	4	2	3	4	3	38	22,8
Total	17	17	18	21	17	12	21	15	21	8	167	100,0

* GPP=Gravidez, parto e puerpério, NCOP=Não Classificadas em Outra Parte, NE=Não Especificada

TABELA 4. ÓBITOS TARDIOS. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.

Causa	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
.Doença por HIV NE (B24)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.Gravidez ectópica (O00)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
.Aborto espontâneo (O03)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
.Aborto NE (O06)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
.Hipertensão gestacional com proteinúria significativa (O14)	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	3
.Hipertensão materna NE (O16)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
.Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez (O26)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.Hemorragia pós-parto (O72)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
.Outras infecções puerperais (O86)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.Embolia de origem obstétrica (O88)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
.Complicação do puerpério NCOP (O90)	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
.Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem na GPP (O98)	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
.Outras doenças maternas classificadas em outra parte mas que complicam a GPP (O99)	1	1	0	2	1	0	2	3	1	1	12
Total	3	3	1	3	3	3	3	6	2	1	28

* GPP=Gravidez, parto e puerpério, NCOP=Não Classificadas em Outra Parte, NE=Não Especificada

A hipertensão arterial na gravidez, parto e puerpério (O11-O16) foi a causa mais frequente de óbitos maternos, correspondendo a 19,8% dos óbitos no período (Tabela 3). A hipertensão gestacional com proteinúria significativa (O14) foi a causa específica mais frequente, responsável por 9,6% dos óbitos, seguida pela eclampsia, com 7,2%.

A gravidez que termina em aborto (O00-O08) e as hemorragias (O44-O46, O62, O67, O72) foram responsáveis por 16,2% dos óbitos cada uma, e as infecções puerperais (O85 e O86) por 6,0%.

Foram observados 28 óbitos de MIF durante o puerpério tardio relacionados a causas maternas (Tabela 4).

TABELA 5. ÓBITOS INCIDENTAIS. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.

Causas	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
.Neoplasias (C00-D48)	1	1	0	0	1	2	0	0	0	0	4
.Doenças do Sistema Nervoso (G61)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
.Doenças do Aparelho Circulatório (I00-I99)	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	3
.Doenças do Aparelho Digestivo (K86)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.Causas mal definidas (R99)	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
.Causas externas	2	5	1	4	2	2	3	2	3	1	23
..Acidentes de transporte (V01-V99)	2	4	1	2	1	1	2	0	0	0	11
..Quedas (W13)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
..Afogamentos (W69)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
..Suicídios (X70)	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
..Agressões (X85-Y09)	0	1	0	0	1	0	1	2	2	1	8
Total	4	8	1	6	5	4	3	2	3	2	34

Quanto aos óbitos incidentais, ocorreram 34 óbitos de MIF durante a gravidez, parto, aborto ou puerpério precoce por causas não obstétricas, sendo 67,6% provocados por causas externas (Tabela 5).

4.2. ANÁLISE DE POSSÍVEIS FATORES DE RISCO

O maior número de óbitos maternos ocorreu entre mulheres de 30 a 39 anos (Figura 4 e Tabela 6), porém o maior risco foi visto na faixa etária de 40 a 49 anos, com RMM de 141,2 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos (Tabela 6).

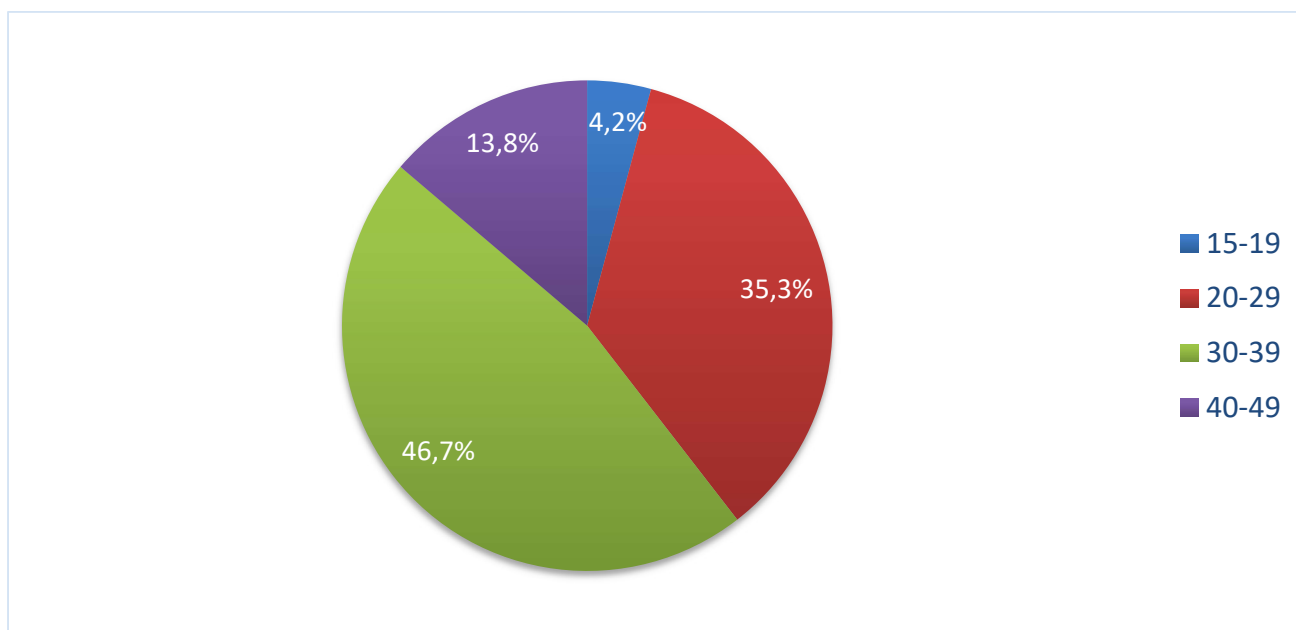


FIGURA 4. ÓBITOS MATERNOS DISTRIBUÍDOS POR FAIXA ETÁRIA. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.

Quanto ao grau de instrução, 60,5% dos óbitos maternos ocorreram entre mulheres com mais de 8 anos de escolaridade (Figura 5 e Tabela 6), entretanto, merece destaque a percepção de um maior risco de morte nos grupos de baixa escolaridade (nenhuma e de 1 a 3 anos), com RMM superior a 180,0 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos (Tabela 6).

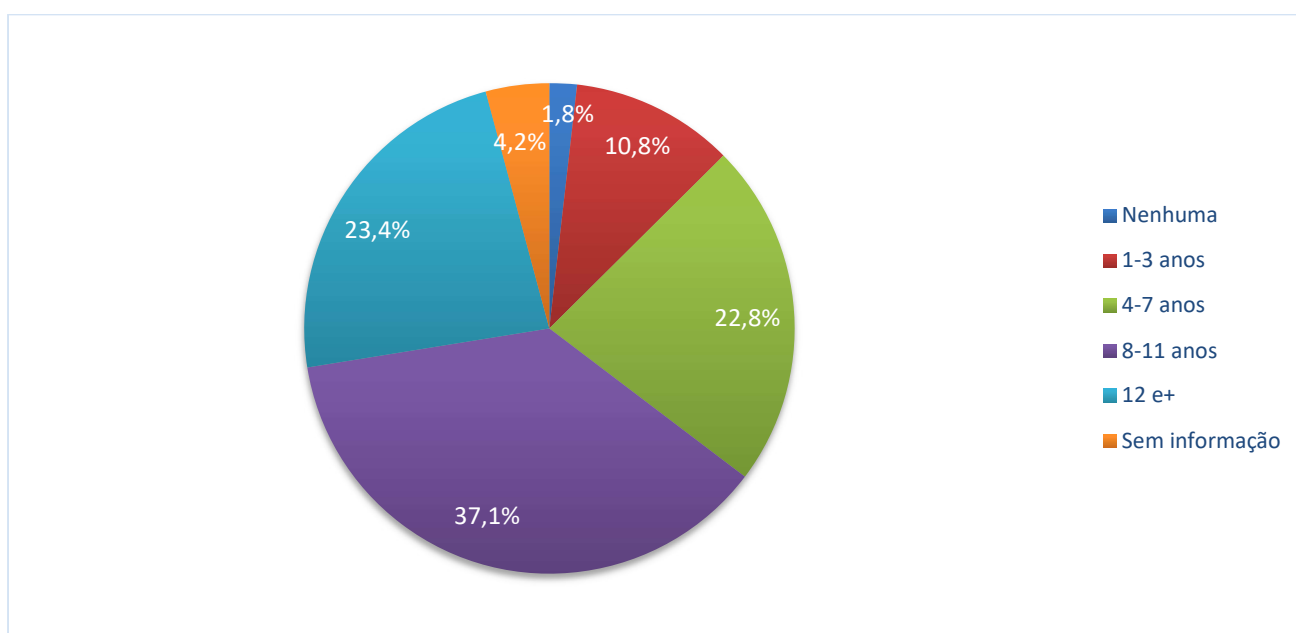


FIGURA 5. ÓBITOS MATERNOS DISTRIBUÍDOS POR ESCOLARIDADE. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.

Mais da metade dos óbitos maternos ocorreram entre mulheres pardas (53,9%), 36,5% em brancas e 8,4% em negras. Nenhum óbito ocorreu em mulheres amarelas (Figura 6 e Tabela 6).

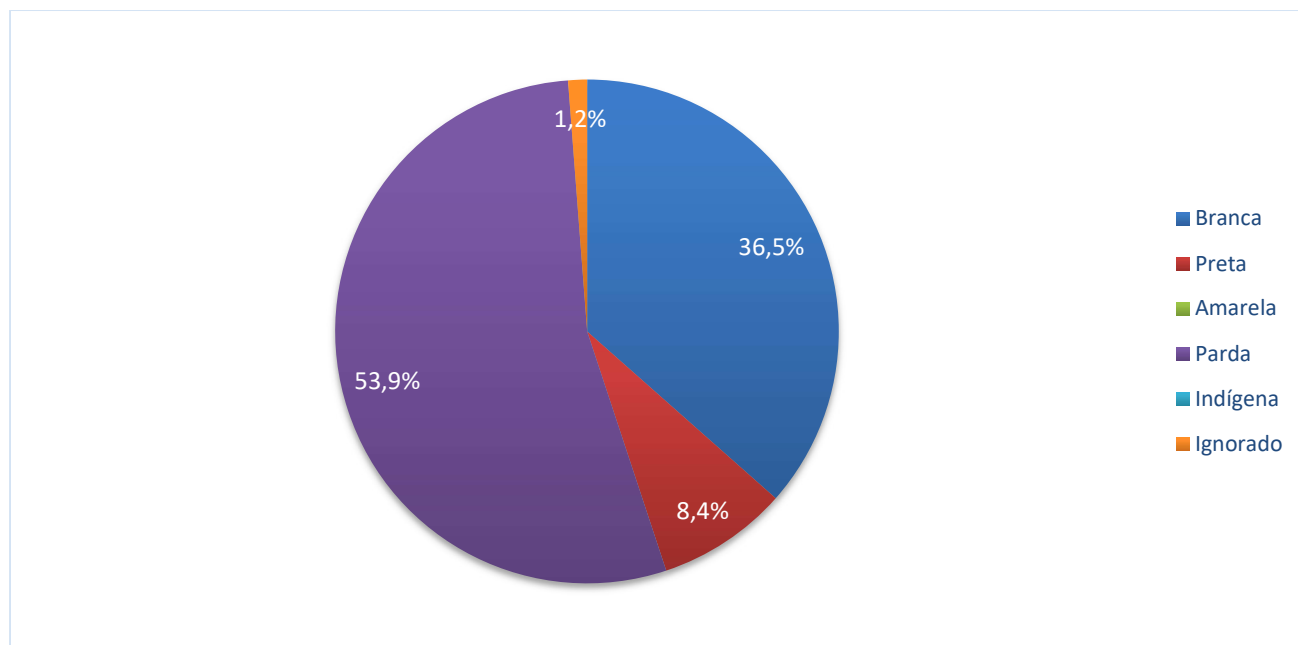


FIGURA 6. ÓBITOS MATERNOS DISTRIBUÍDOS POR RAÇA/COR DA PELE. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.

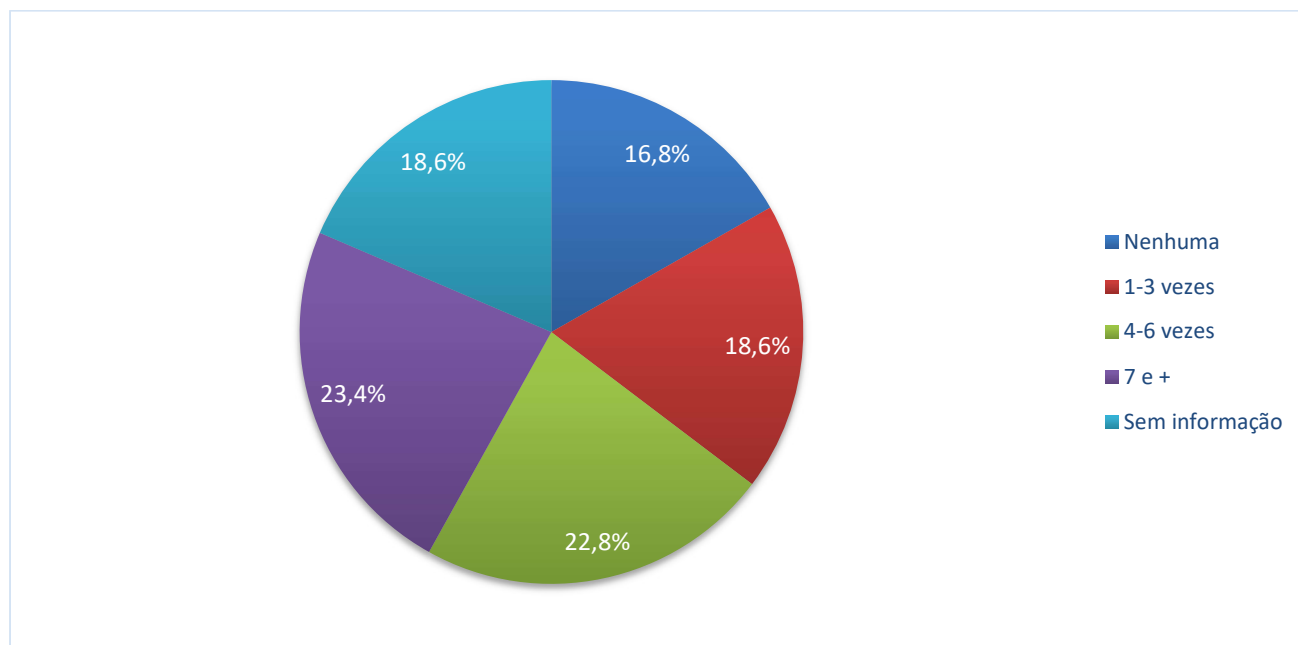


FIGURA 7. ÓBITOS MATERNOS DISTRIBUÍDOS POR NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.

Considerando o número de consultas de pré-natal, 58,2% das mulheres que foram a óbito no período analisado realizaram menos de 7 consultas, enquanto 23,4% realizaram 7 ou mais (Figura 7 e Tabela 6). Na análise de risco, verificou-se que quanto menor a frequência de consultas de pré-natal maior foi o risco de morte materna; sendo a maior RMM (219,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos) observada em mulheres que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal (Tabela 6).

TABELA 6. CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS POR FAIXA ETÁRIA, ESCOLARIDADE, RAÇA/COR E NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.

Variáveis	Classes	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	
												Nº	Razão*
Faixa etária	15-19	0	2	1	1	0	1	0	0	0	2	7	13,3
	20-29	9	6	6	9	5	4	7	4	8	1	59	29,1
	30-39	6	9	8	8	9	6	11	6	10	5	78	46,5
	40-49	2	0	3	3	3	1	3	5	3	0	23	141,2
E escolaridade	Nenhuma	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3	435,4
	1-3 anos	2	1	0	4	3	1	0	3	3	1	18	183,0
	4-7 anos	4	8	6	3	1	2	6	4	1	3	38	60,6
	8-11 anos	6	3	7	7	8	3	9	7	9	3	62	28,9
	12 e +	3	3	4	5	3	6	5	1	8	1	39	26,8
	Sem informação	2	1	0	2	1	0	1	0	0	0	7	-
Raça/Cor	Branca	9	8	7	5	6	5	7	5	7	2	61	66,7
	Preta	1	0	3	2	1	1	2	1	2	1	14	92,7
	Amarela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	Parda	7	8	8	14	10	5	12	9	12	5	90	45,1
	Indígena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	Sem informação	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	-
Número de consultas de pré-natal	Nenhuma	1	1	3	7	3	1	2	2	7	1	28	219,8
	1-3 vezes	2	5	5	3	1	1	4	3	5	2	31	122,8
	4-6 vezes	8	3	5	2	3	1	2	4	6	4	38	43,0
	7 e +	4	6	5	5	3	2	7	5	1	1	39	12,9
	Sem informação	2	2	0	4	7	7	6	1	2	0	31	-
Total		17	17	18	21	17	12	21	15	21	8	167	37,9

4.3. ÓBITOS MATERNOS OCORRIDOS NO DISTRITO FEDERAL

Considerando todos os óbitos maternos ocorridos no Distrito Federal, 195 (73,3%) ocorreram em estabelecimentos públicos da SES/DF e 58 (21,8%) em estabelecimentos privados (Tabela 7). Pelo cálculo da razão entre óbitos maternos e nascimentos ocorridos por estabelecimentos verificou-se que em estabelecimentos da SES/DF ocorreram 48,9 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos

(considerando todos os óbitos e nascimentos ocorridos nesses estabelecimentos), enquanto que nos estabelecimentos privados essa razão foi menor, 38,0 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos. A análise de Odds Ratio (OR) demonstrou que os estabelecimentos públicos apresentaram 39% mais chance de ocorrência de óbitos materno em comparação aos privados [OR: 1.39 (1.04-1.87)].

TABELA 7. NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS POR TIPO DE ESTABELECIMENTO DE OCORRÊNCIA*. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.

Estabelecimento de ocorrência	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	
											N	%
Estabelecimentos públicos SES-DF	31	17	22	17	17	13	25	19	19	15	195	73,3
Outros estabelecimentos públicos	1	1	0	1	0	1	0	1	3	0	8	3,0
Estabelecimentos privados	6	6	6	7	7	8	5	4	9	0	58	21,8
Sem informação	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	5	1,9
Total	39	25	30	26	24	22	30	24	31	15	266	100,0

*Inclui todos os óbitos ocorridos no Distrito Federal, inclusive residentes em outros Estados.

4.4. SITUAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

TABELA 8. SITUAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.

Ano do Óbito	Investigação encerrada oportunamente	Investigação encerrada tardiamente	Não investigado
2010	37,0	48,4	14,6
2011	35,2	34,1	30,7
2012	44,2	44,5	11,3
2013	62,2	28,0	9,8
2014	57,7	29,2	13,1
2015	38,9	43,4	17,7
2016	30,8	47,0	22,2
2017	22,4	57,9	19,7
2018	49,2	37,6	13,2
2019	60,3	30,5	9,3
Total	43,8	39,8	16,3

*Inclui todos os óbitos de MIF, inclusive óbitos maternos

Durante os anos analisados a proporção de investigação de óbitos em MIF encerrada oportunamente variou de 22,4% em 2017 a 62,2% em 2013. O ano com maior proporção de óbitos não investigados foi 2011 (30,7%). No geral, apenas 43,8% dos óbitos foram investigados de maneira oportuna, e 16,3% dos óbitos não foram investigados (Tabela 8).

TABELA 9. SITUAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS MATERNS. DISTRITO FEDERAL, 2010 A 2019.

Ano do Óbito	Investigação encerrada oportunamente	Investigação encerrada tardiamente	Não investigado
2010	10,0	75,0	15,0
2011	0,0	94,1	5,9
2012	33,3	66,7	0,0
2013	81,0	14,3	4,8
2014	29,4	64,7	5,9
2015	16,7	75,0	8,3
2016	23,8	76,2	0,0
2017	6,7	93,3	0,0
2018	28,6	66,7	4,8
2019	37,5	62,5	0,0
Total	27,6	67,6	4,7

Referente aos óbitos maternos, 27,6% das investigações foram oportunas (variando de 0,0% em 2011 a 81,0% em 2013), e o ano com o maior percentual de óbitos não investigados foi 2010 (15,0%). Considerando todo o período, apenas 27,6% dos óbitos foram investigados de maneira oportuna e 4,7% dos óbitos não foram investigados (Tabela 9).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos 170 óbitos maternos registrados entre 2010 e 2019, todos foram classificados como evitáveis, segundo a Lista Brasileira de Causas de Morte Evitáveis⁵. Destes, 71,8% foram considerados óbitos por causa obstétrica direta, decorrentes principalmente de transtornos hipertensivos, abortos e hemorragias. Os óbitos por causas obstétricas indiretas mais comuns foram doenças do aparelho circulatório e digestivo. Destaca-se que as mortes por causas obstétricas diretas refletem a baixa qualidade da atenção obstétrica⁶. Apenas em 2019 foi observado maior proporção de causas obstétricas indiretas (62,5%).

A mortalidade materna no Brasil sempre se manteve em patamares considerados elevados. Em 2018, a RMM foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, número bem acima das metas firmadas com a Organização das Nações Unidas (ONU). De acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a meta era reduzir, até 2015, a RMM para 35 óbitos para cada

100 mil nascidos vivos. Atualmente, segundo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta é reduzir, até 2030, a RMM para 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos⁶.

As taxas de mortalidade materna têm se mantido elevadas no Distrito Federal, porém com queda em alguns anos. Essas reduções podem ser reflexo do mascaramento de óbitos maternos, considerando a subnotificação e limitações da investigação dos óbitos de MIF.

É importante destacar que o monitoramento da magnitude da mortalidade materna é afetado pela qualidade do preenchimento das declarações de óbito, sobretudo pela omissão de informações que podem relacionar a morte com complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal⁶. Além disso, muitas vezes as causas declaradas registram apenas a causa terminal das afecções ou lesões que sobrevieram por último na sucessão dos eventos que culminaram com a morte, mascarando a causa básica e impedindo a identificação do óbito materno. Todas essas causas que ocultam o estado gestacional são conhecidas como máscaras⁶.

O Ministério da Saúde estabelece que a investigação dos óbitos maternos e de MIF é obrigatória; conforme Portaria GM/MS nº 1.119/2008. A estratégia de investigar a história de gravidez até doze meses antes do óbito em todas as MIF visa aumentar a sensibilidade da vigilância para a identificação de possíveis óbitos maternos mascarados, evitando assim a subnotificação.

A investigação de óbitos deve valorizar a coleta de dados em múltiplas fontes, como entrevista de familiares, pesquisa em registros de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, entrevistas com profissionais de saúde que prestaram assistência, além de informações pós-morte obtidas no IML ou serviços de verificação de óbitos. Essas informações, além de possibilitar a correção e/ou complementação de dados da declaração de óbito, também permitem a avaliação das circunstâncias relacionadas ao óbito, com a finalidade de recomendar medidas de prevenção e controle. Além disso, a discussão da investigação dos óbitos maternos em comitê, com a participação dos profissionais da assistência à saúde é fundamental para a implementação das ações apontadas. No DF as discussões dos óbitos maternos são realizadas com representantes da câmara técnica de ginecologia e obstetrícia e dos comitês central e regionais, a fim de classificar adequadamente as causas de óbito, identificar problemas e propor soluções.

O objetivo da vigilância do óbito materno não se restringe à melhoria das estatísticas vitais, mas também à qualidade e organização do cuidado à saúde. Assim, é imprescindível a discussão dos

problemas que contribuíram para os óbitos, a avaliação da atenção prestada a mulher em todos os níveis de complexidade, e a definição de intervenções voltadas para a melhoria do serviço e prevenção de mortes⁶.

O fortalecimento dos Comitês Regionais de Prevenção e Controle de Óbitos Maternos e a busca pela melhoria da qualidade da investigação dos óbitos são estratégias fundamentais para o alcance dos objetivos da vigilância do óbito materno. Uma vez que o poder de detecção de óbitos maternos precisa ser aumentado, é fundamental que a investigação de óbitos de MIF ocorra em tempo oportuno e em múltiplas fontes de dados, como forma de garantir informações confiáveis e detalhadas sobre os óbitos ocorridos.

Quanto a situação da investigação dos óbitos, a recomendação do Ministério da Saúde em acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde é de que a meta de referência para a investigação de óbitos seja de 100% para óbitos maternos, e de no mínimo, 75% para óbitos de MIF⁷.

O Distrito Federal, ao longo dos últimos 10 anos, em sua maioria tem conseguido manter os percentuais de investigação de óbitos de MIF acima da meta preconizada; entretanto, em relação a investigação de óbitos maternos, a meta de 100% não tem sido alcançada sistematicamente.

Quanto a oportunidade da investigação (em até 120 dias após o óbito) os resultados mostram que existe atraso para a conclusão das investigações; especialmente para os óbitos maternos que apresentaram no período média abaixo de 30%. Este resultado chama a atenção, uma vez que estas investigações fazem parte das prioridades estabelecidas, com vista a qualificação de informações estratégicas que possibilitem um oportuno diagnóstico situacional e a implementação de ações para o enfrentamento dos problemas identificados.

Além disso, os dados apresentados neste relatório não excluem a possibilidade de subnotificações e falhas de registros, bem como limitações inerentes a capacidade de aferir o risco de óbito a partir dos métodos utilizados (razão de mortalidade materna e cálculo do Odds Ratio), além da influência de outros fatores que porventura possam interferir nos resultados obtidos; como por exemplo: diferenciais na disponibilidade de acesso aos serviços de saúde etc.

Por fim, o fortalecimento da vigilância do óbito materno e a melhoria da assistência à saúde da mulher, especialmente no período gravídico-puerperal representam um importante desafio para o Distrito Federal. É fundamental que se garanta a qualidade da investigação dos óbitos de MIF e

maternos de forma a contribuir com o Sistema de Informação de Mortalidade e a elaboração de políticas de saúde efetivas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 2 - OPAS. Folha Informativa - Mortalidade Materna, 2018. Disponível em:
<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820> Acesso em 03 de maio de 2021
- 3 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2009
- 4 - RIPSA. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. RIPSA, 2ª ed. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>> Acesso em 03 de maio de 2021
- 5 - MALTA, D. C., et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(4):233-244, 2007
- 6 – BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico vol.51 nº20, maio de 2020. Disponível em: <
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/>> Acesso em 03 de maio de 2021.
- 7 - CONASS. NOTA TÉCNICA - Indicadores universais do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2013 – 2015. Vigilância da Mortalidade Materna, 2015 Disponível em: <
https://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT-8-VIG-MORT-MATERNA.pdf> Acesso em 03 de maio de 2021.