

# Mortalidade materna no Distrito Federal

*Subsídios para o debate*



**Mortalidade materna no Distrito Federal**  
*Subsídios para o debate*

Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Brasília-DF, maio de 2015

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**

**Rodrigo Rollemberg**  
Governador

**Renato Santana**  
Vice-Governador

**SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO  
DO DISTRITO FEDERAL - SEPLAG**

**Leany Barreiro de Sousa Lemos**  
Secretária

**COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL - CODEPLAN**

**Lucio Remuzat Rennó Júnior**  
Presidente

**Antônio Fúcio de Mendonça Neto**  
Diretor Administrativo e Financeiro

**Bruno de Oliveira Cruz**  
Diretor de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas

**Flávio de Oliveira Gonçalves**  
Diretor de Estudos e Políticas Sociais

**Aldo Paviani**  
Diretor de Estudos Urbanos e Ambientais

**DIRETORIA DE ESTUDOS E POLÍTICAS SOCIAIS**

Flávio de Oliveira Gonçalves – Diretor

**Gerência de Estudos e Análises Transversais**

Jamila Zgiet

**Responsável Técnica**

Shirley de Fátima Rodrigues de Andrade

**Revisão**

Nilva Rios

## **Introdução**

A luta pela redução da mortalidade materna é lembrada no Brasil no dia 28 de maio. Para trazer à tona o debate suscitado pela data, a Diretoria de Estudos e Políticas Sociais apresenta em 2015 este estudo, que aborda as últimas informações disponíveis no Sistema de Informações do Ministério da Saúde, DataSUS, comparando-as às dos quatro anos anteriores.

A saúde materna, além de ser um tema relevante da assistência à saúde da mulher, revela em grande parte a qualidade da política de saúde, por envolver os vários níveis de atenção: de baixa, média e alta complexidade. A atenção básica (baixa complexidade) é especialmente avaliada pelas informações sobre mortalidade e morbidade maternas, uma vez que um dos principais determinantes de um parto bem-sucedido é o cuidado prestado à gestante.

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), definiu morte materna como “a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”. Esta definição é aceita pelas associações internacionais e nacionais de ginecologia e obstetrícia.

Estando as mortes maternas diretamente relacionadas à deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres, reduzir a mortalidade materna é um desafio que deve envolver governo, serviços e profissionais de saúde e toda a sociedade. Dada a sua relevância, o tema foi incluído como meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, propondo a redução em 75% a taxa de mortalidade materna entre 2000 e 2015.

A morte da mãe priva a criança da amamentação e do carinho materno, podendo influir na mortalidade infantil e na incidência de desnutrição. A morte de uma mulher em idade fértil promove um impacto na família, na comunidade e na sociedade, principalmente quando a sobrevivência da criança está ligada à sobrevivência da mãe.

Problemas de notificação e qualidade do preenchimento de óbitos maternos existem e dificultam a quantificação dos registros, em especial quanto às características da vítima e às causas da morte.

O estudo revela um coeficiente de mortalidade materna muito superior ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde, aumento do percentual de gestantes que não acessam consultas pré-natais, preocupantes números referentes a internações por aborto, bem como um grande impacto das neoplasias e das causas externas no óbito de mulheres em idade fértil.

O relatório divide-se em quatro partes, que abordam: mortalidade materna, mortalidade de mulheres em idade fértil, morbidade por aborto e o cuidado com a maternidade.

## **Mortalidade materna**

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), “morte materna” é todo falecimento causado por problemas imediatamente relacionados à gravidez ou ao parto ou ocorrido até 42 dias depois. A morte materna tardia é aquela que ocorre até um ano após o parto ou o término da gestação por causas relacionadas.

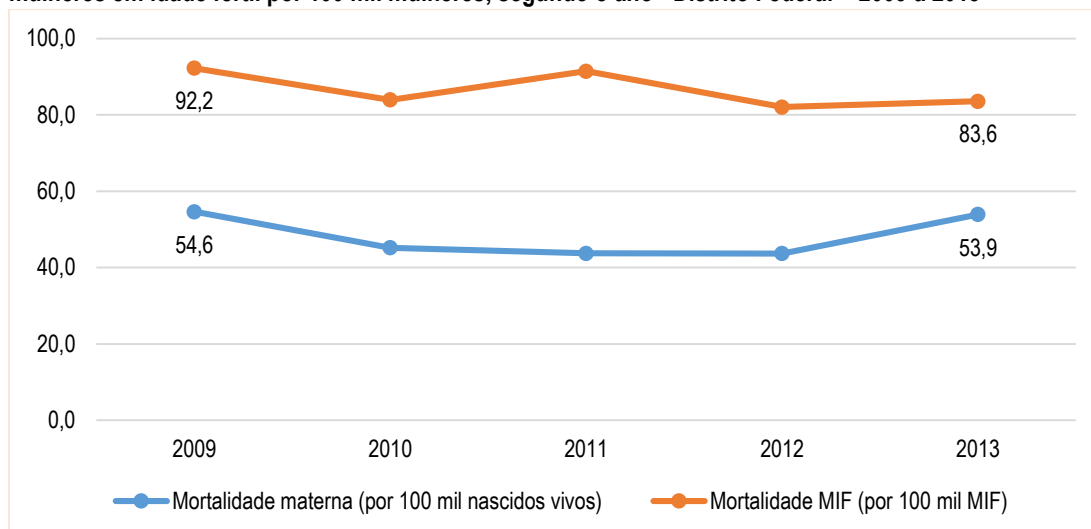
A OMS considera aceitável o índice de 20 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos; entre 20 e 49 mortes, o índice é considerado médio, entre 50 e 149 mortes é alto e, acima de 150, muito alto.

Um desafio para o acompanhamento do coeficiente de mortalidade materna é a certeza do registro da causa de morte como relacionada à gestação, ao parto ou a complicações desses eventos.

No Distrito Federal, observa-se no período entre 2009 e 2012 um declínio gradativo na mortalidade materna, com elevação no ano de 2013, com 53,9 óbitos em cada 100 mil nascidos vivos, número considerado alto pela OMS.

Os dados referentes à mortalidade de mulheres em idade fértil (MIF), de 10 a 49 anos, outro indicador adotado pela OMS, revelam queda na incidência desse tipo de óbito no período de 2009 a 2013. Em 2009, para cada 100 mil mulheres em idade fértil, morreram 92,2. Em 2013, para a mesma população, morreram 83,6. No Brasil, a idade fértil compreende a faixa de 10 a 49 anos, enquanto na literatura internacional a faixa considerada é de 15 a 49 anos.

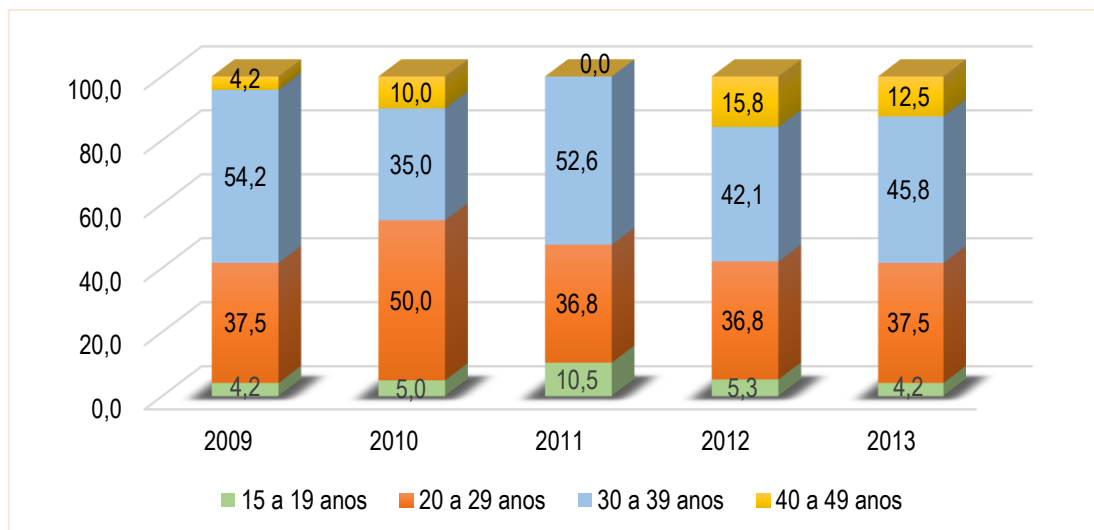
**Gráfico 1 - Coeficiente de mortalidade materna a cada 100 mil nascidos vivos e incidência de óbitos de mulheres em idade fértil por 100 mil mulheres, segundo o ano - Distrito Federal - 2009 a 2013**



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM  
MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Ao verificar os óbitos pelas faixas etárias em que ocorreram, nota-se que, no Distrito Federal, não foi registrado óbito materno na faixa etária de 10 a 14 anos, entre 2009 e 2013. A faixa de 15 a 19 anos representou entre 4,2% e 10,5% dos óbitos nos anos considerados. Os maiores percentuais de mortalidade materna concentram-se nas faixas etárias de 20 a 39 anos, variando entre 35% e 54,2%, no período. Para a faixa etária de 40 a 49 anos, registra-se um pico nos anos 2012 e 2013, de 15,8% e 12,5%, respectivamente. Em 2009, esse percentual era de apenas 4,2%. Em 2011 não houve registro de óbito nesta faixa etária e, em todo o período, não houve registro de óbito materno entre mulheres de 50 anos ou mais.

**Gráfico 2 – Percentual de óbitos maternos por faixa etária, segundo o ano - Distrito Federal - 2009 a 2013**

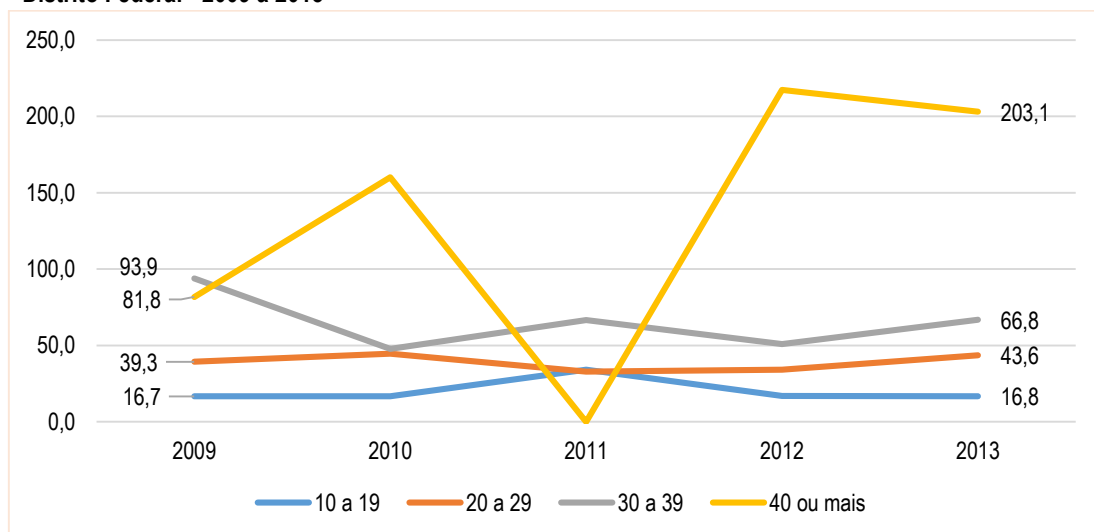


Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

A partir do coeficiente de mortalidade materna em cada faixa etária, confirma-se a vulnerabilidade do grupo etário superior a 40 anos, em que a mortalidade chegou a 203,1 óbitos por 100 mil nascidos vivos de mulheres nessa faixa etária. Trata-se de uma idade considerada de risco pela OMS. Vale um alerta, diante das mudanças culturais pelas quais a população tem passado, para a possibilidade de aumento da ocorrência de partos de mães com mais de 40 anos de idade, o que já vem sendo observado nos anos analisados: em 2009, o DF teve 1.223 nascidos vivos de mães nesse grupo etário; em 2013, após aumentos consecutivos, 1.481 mulheres de mais de 50 anos foram mães (aumento de 17,4%). Os números são um convite à ação no sentido de repensar planejamentos familiares e desenvolver estratégias para lidar com esse novo perfil da maternidade.

Embora também seja considerada uma faixa de risco, as adolescentes apresentaram menor coeficiente de mortalidade materna no período entre 2009 e 2013 em comparação às demais faixas, compondo o único grupo com números de acordo com os parâmetros da OMS, abaixo de 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

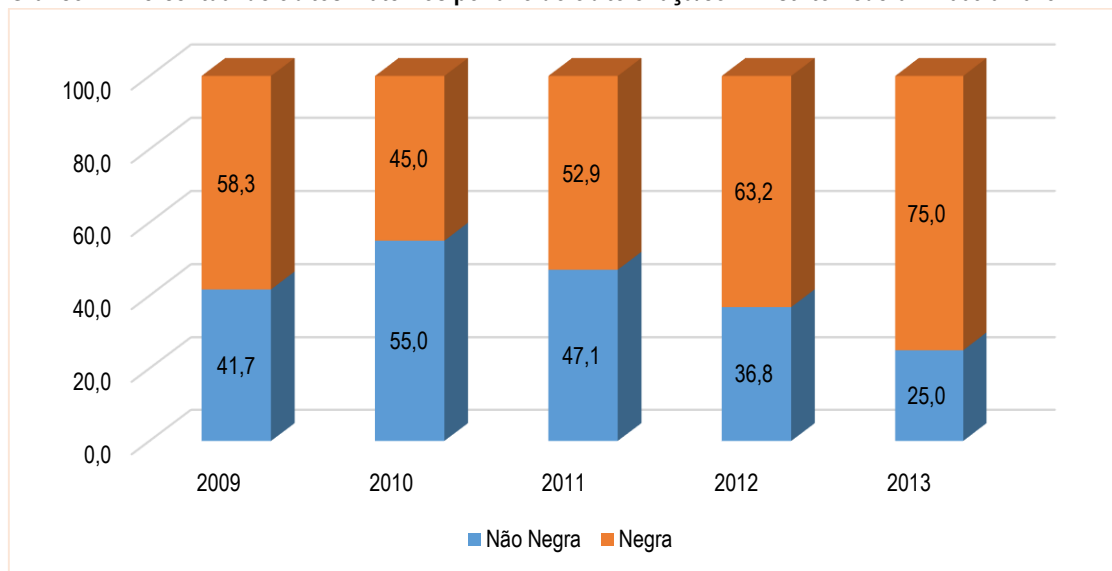
**Gráfico 3 – Coeficiente de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos, por faixa etária, segundo o ano - Distrito Federal - 2009 a 2013**



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM  
MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Quanto aos óbitos maternos considerando a cor/raça, observa-se que a maior incidência recai entre as mulheres negras, excetuando-se o ano 2010. Nota-se um crescimento gradual da participação de negras nos totais de óbitos maternos entre os anos de 2010 e 2013, quando 75% das vítimas eram negras. Vale ressaltar o fato de que as mulheres negras compõem 55% do total de mulheres no Distrito Federal. Ou seja: os óbitos superam a diferença existente na população.

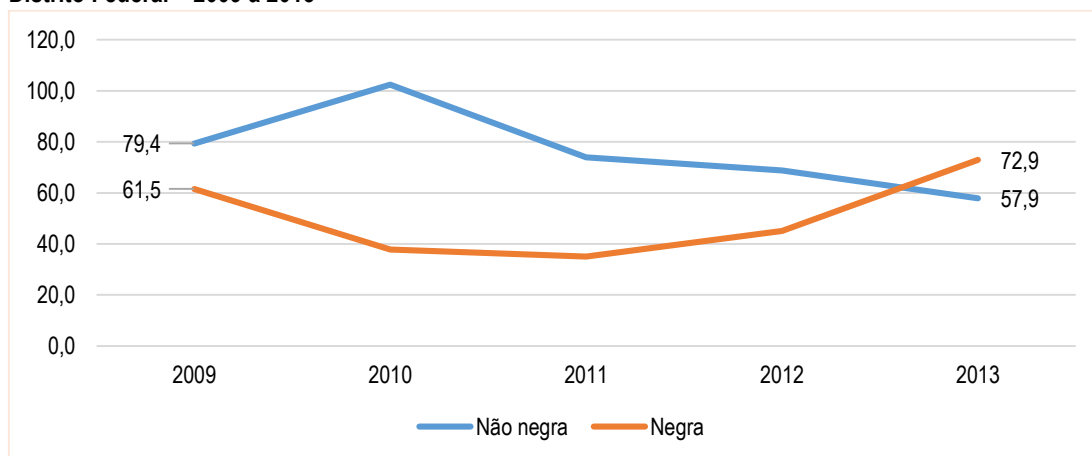
**Gráfico 4 – Percentual de óbitos maternos por ano do óbito e raça/cor - Distrito Federal - 2009 a 2013**



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

A evolução do coeficiente de mortalidade materna por raça/cor surpreende por mostrar números mais altos entre mulheres não negras na maior parte do período estudado. Apenas no último ano, 2013, verifica-se uma inversão, que corrobora os dados acima, com 72,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos entre mulheres negras e 57,9 entre mulheres não negras. No início da série, em 2009, os óbitos de não negras estavam em 79,4 por 100 mil nascidos vivos. Entre as negras, o coeficiente era de 61,5.

**Gráfico 5 – Coeficiente de mortalidade materna por raça/cor por 100 mil nascidos vivos, segundo o ano – Distrito Federal – 2009 a 2013**



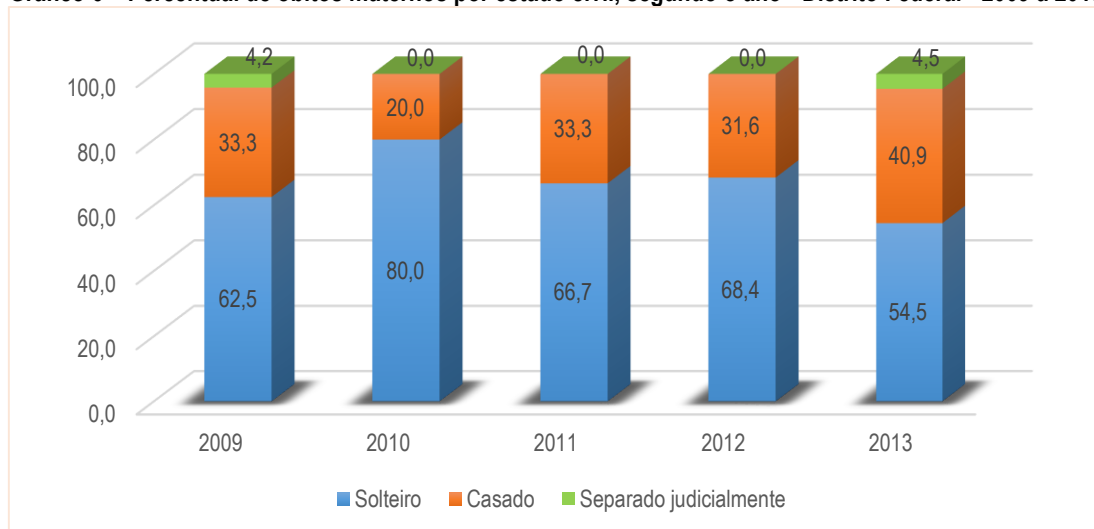
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM  
MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

No período estudado foi observado que os óbitos maternos têm maior incidência nas mulheres solteiras, mais de 54,5%, chegando a 80% em 2010. Esta informação pode significar o desamparo na maternidade como contribuinte para a morte, tanto quanto um



conflito entre estado civil e convivência marital, no momento da declaração. Entre as casadas nota-se um aumento percentual, passando de 31,6% em 2012 para 40,9% em 2013. Só houve registro de óbitos entre mulheres separadas em 2009 e 2013.

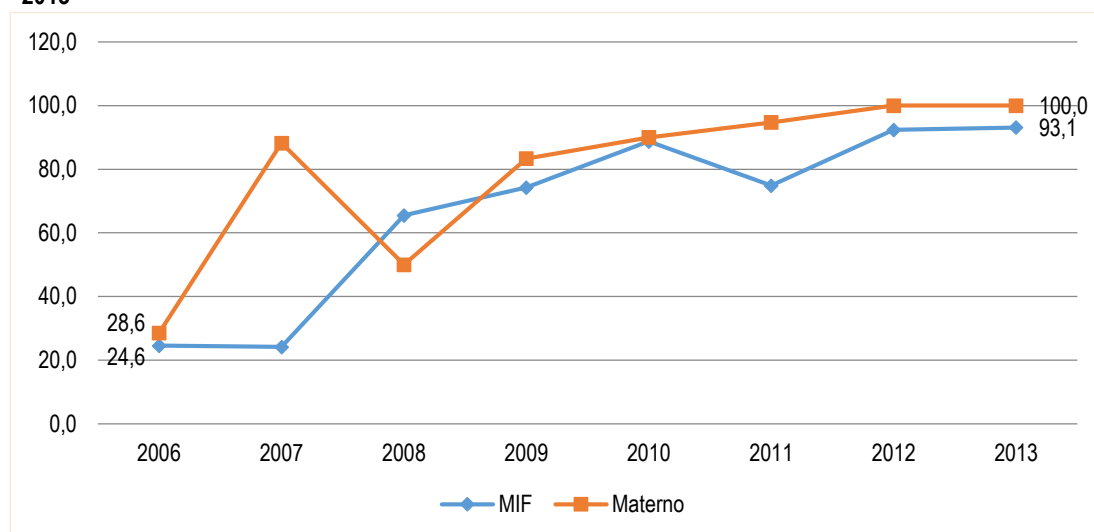
**Gráfico 6 – Percentual de óbitos maternos por estado civil, segundo o ano - Distrito Federal - 2009 a 2013**



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

A partir do reconhecimento do subregistro e da subenumeração da morte materna, a Portaria 1.119 (GM/MS) de 2008 foi publicada a fim de regulamentar a vigilância de óbitos maternos. Sua principal contribuição para o monitoramento da mortalidade materna e da mortalidade de mulheres em idade fértil é a previsão da realização de vigilância por profissionais de saúde, designados pelas autoridades de cada esfera de governo. A investigação passa a ser obrigatória nesses casos, sendo levantados determinantes e causas da morte, bem como subsidiando a adoção de medidas capazes de evitar a reincidência de óbitos. O grupo de profissionais deverá investigar também os óbitos maternos tardios, ocorridos até um ano após o parto.

**Gráfico 7 - Percentual de óbitos maternos investigados e óbitos por idade fértil - Distrito Federal - 2009 a 2013**



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Observa-se que o sistema de saúde progrediu quanto à investigação dos óbitos maternos. Em 2006, 28,6% foram investigados, sendo que nenhum teve ficha síntese preenchida. Em 2013, foram alcançados 100%. Entre os óbitos de mulheres em idade

fértil, a investigação ocorreu em 2006 em 24,6% dos casos, atingindo 93,1% em 2013. Não houve nenhum caso registrado de morte materna tardia no período analisado.

A participação dos abortos nas causas de morte materna varia bastante e, pela natureza ilegal do aborto provocado, supõe-se uma subnotificação relevante. Considerando os registros do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do DataSUS, verifica-se um percentual de participação que varia entre 0% e 25% dos óbitos no período analisado, sendo a maior proporção no último ano disponível, 2013.

**Tabela 1 - Participação percentual dos óbitos por aborto nos óbitos maternos - Distrito Federal - 2009 a 2013**

Ano do Óbito	Óbitos por aborto	Óbitos maternos	%
2009	1	24	4,2
2010	1	20	5,0
2011	0	19	0,0
2012	4	19	21,1
2013	6	24	25,0

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

## Mortalidade de mulheres em idade fértil

A mortalidade de mulheres em idade fértil (MIF) revela de modo geral como se dá a atenção à saúde da mulher, bem como alguns aspectos dos direitos desse público. A causa mais frequente de óbitos de MIF são as neoplasias ou cânceres, que, no período considerado, foram responsáveis por 26,3% das mortes. A segunda causa tem sido levantada como grande problema da juventude – os acidentes e violências, que compõem o grupo de causas externas e somaram 22,3% dos motivos de óbito entre MIF. Em terceira posição aparecem as doenças do aparelho circulatório, com 17,5%.

**Tabela 2 - Distribuição percentual de óbitos de mulheres em idade fértil por capítulo CID-10 da causa, segundo o ano – Distrito Federal – 2009 a 2013**

Capítulo CID-10	Distribuição 2009-2013	
	N	%
II. Neoplasias (tumores)	1.080	26,3
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	917	22,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	718	17,5
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	249	6,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	214	5,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	171	4,2
X. Doenças do aparelho respiratório	172	4,2
VI. Doenças do sistema nervoso	116	2,8
XV. Gravidez parto e puerpério	106	2,6
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	91	2,2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	75	1,8
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	71	1,7
III. Doenças de sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	44	1,1
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	44	1,1
V. Transtornos mentais e comportamentais	37	0,9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	8	0,2
VII. Doenças do olho e anexos	1	0,0
<b>Total</b>	<b>4.114</b>	<b>100,0</b>

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Somando a essa análise a evolução das causas de mortalidade de MIF ao longo do período, é possível verificar aquelas que mais cresceram. O óbito por transtornos mentais e comportamentais mais que dobrou, o que pode se dever ao uso abusivo de drogas. Outras causas cuja relevância têm aumentado são as neoplasias, as doenças endócrinas, as do aparelho digestivo, as causas externas e as de gravidez, parto e puerpério. As demais apresentam queda no intervalo de tempo.

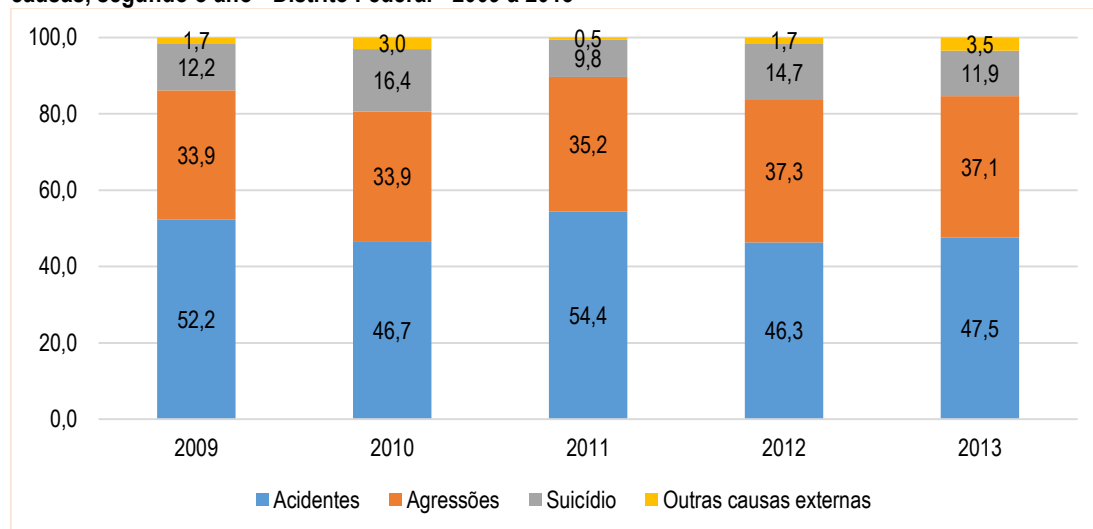
**Tabela 3 – Evolução das causas de mortalidade de mulheres em idade fértil – Distrito Federal, 2009-2013**

Capítulo CID-10	2009	2010	2011	2012	2013
V. Transtornos mentais e comportamentais	100	300	367	200	267
II. Neoplasias (tumores)	100	95	104	103	113
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	100	97	113	113	113
XI. Doenças do aparelho digestivo	100	103	124	124	113
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	100	92	107	98	112
XV. Gravidez, parto e puerpério	100	87	83	83	109
VI. Doenças do sistema nervoso	100	147	247	187	93
IX. Doenças do aparelho circulatório	100	93	103	92	91
X. Doenças do aparelho respiratório	100	67	74	77	81
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	100	75	63	67	75
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	100	64	55	109	73
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	100	83	89	72	72
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	100	94	90	56	61
III. Doenças de sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	100	130	90	70	50
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	100	75	95	50	35

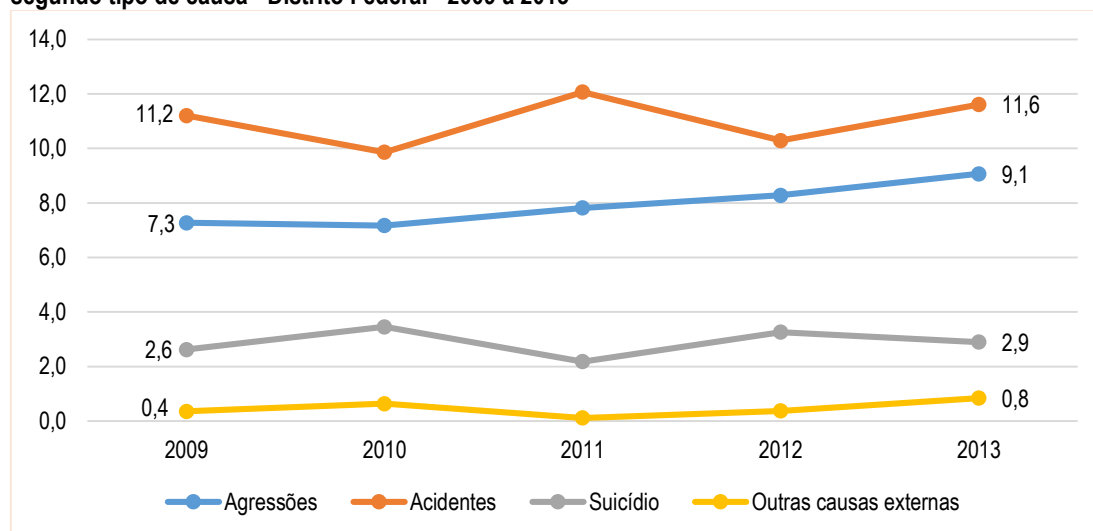
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Vista a alta participação das causas externas na mortalidade de MIF, abaixo é possível verificar aquelas mais frequentes. Os acidentes compõem a maior parte, tendo chegado a 54,4% das causas externas e a 12,1% do total em 2011. As agressões são a segunda causa externa mais relevante, com 37,3% em 2012 e 37,1% em 2013, anos em que compuseram 10,3% e 11,6% do total de óbitos de MIF.

Números que chamam atenção nesse grupo de causas são os referentes ao suicídio, os quais chegaram a compor 16,4% dos óbitos de MIF por causas externas e 3,5% do total em 2010. Em 2013, essa causa externa ficou em 11,9% entre as demais e representa 2,9% do total de causas.

**Gráfico 8 - Distribuição de causas externas de mortalidade de mulheres em idade fértil, por grupo de causas, segundo o ano - Distrito Federal - 2009 a 2013**

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

**Gráfico 9 - Participação percentual das causas externas nos óbitos de mulheres em idade fértil por ano, segundo tipo de causa - Distrito Federal - 2009 a 2013**

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

## Morbidade por aborto

A morbidade é uma forma de medir como a população vem sendo afetada por determinada doença ou situação de saúde e, por isso, é um importante sinalizador para as políticas de saúde, sendo capaz de medir em curto intervalo de tempo o resultado de determinadas ações. Trabalha-se principalmente com as informações sobre as internações.

A incidência de internações por aborto é o indicador disponível sobre essa forma de dar fim a uma gestação. Evidentemente não se trata do indicador ideal, uma vez que é possível realizar abortamentos de forma insegura fora de serviços de saúde, dada a ilegalidade da prática no Brasil. Mas também por esse motivo os serviços de saúde terminam sendo procurados após complicações desse tipo de intervenção, o que provavelmente compreende parte dos números aqui elencados.

Anualmente, ocorrem mais de 3 mil internações por aborto no Distrito Federal, podendo ser espontâneo, induzido legalmente (ou por razão médica) ou provocado (outras gestações que terminam em aborto). Em 2009, esse número chegou a 4.684. A incidência naquele ano foi de 5,1 abortos a cada mil MIF. Em 2014, a incidência foi de 3,1. Das 23.008 internações por aborto no período analisado, 10.941 (47,6%) se deveram a “outras gravidezes que terminaram em aborto”, em que estariam inclusos casos de complicações de abortamentos provocados. No entanto, como as mulheres nem sempre revelam as razões da perda do feto, essa causa de internação também pode aparecer erroneamente no grupo dos abortamentos espontâneos, que compuseram 52,4%, com 12.057 ocorrências.

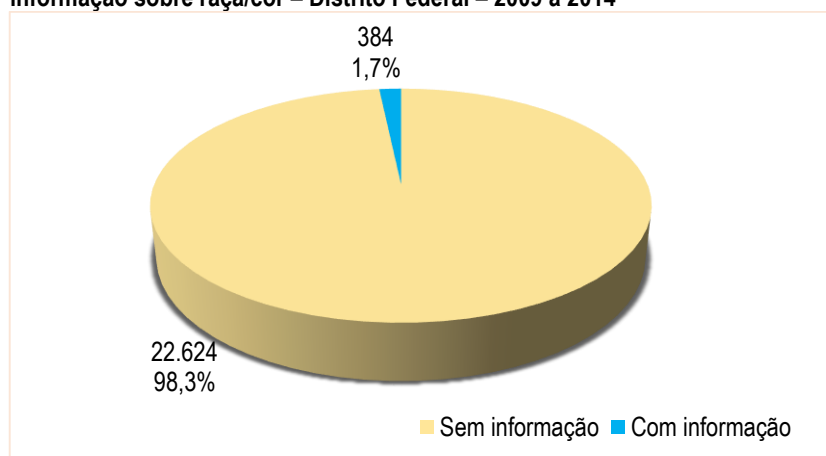
**Tabela 3 - Número de internações por aborto e incidência a cada 1.000 mulheres em idade fértil – Distrito Federal - 2009 a 2014**

Ano	Internações por aborto	Total MIF	Incidência em 1.000 MIF
2009	4.684	909.543	5,1
2010	4.377	930.563	4,7
2011	3.809	951.443	4,0
2012	3.509	971.126	3,6
2013	3.478	989.576	3,5
2014	3.151	1.006.902	3,1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A realização de estudos como este depende do acesso a informações no Sistema de Informações do Ministério da Saúde – DataSUS. Na busca por informações, encontram-se diversos dados incompletos ou insuficientes para a realização de análises mais aprofundadas. Um exemplo é o preenchimento de itens sobre raça/cor quando da internação. Na tentativa de dar um recorte de raça/cor no estudo, encontram-se os números abaixo quanto às internações por aborto. Mais de 22 mil registros estavam incompletos, não constando a informação de raça/cor, enquanto 384 – 1,7% – traziam esse dado.

**Gráfico 8 - Número e percentual de internações por aborto, segundo registro de informação sobre raça/cor – Distrito Federal – 2009 a 2014**



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

### Cuidado com a maternidade

Uma das principais formas de cuidar da gestante e do bebê esperado é a realização de consultas pré-natais. O ideal é que a gestante compareça a sete ou mais consultas durante toda a gestação e, no mínimo, a quatro. O acompanhamento pré-natal permite identificar doenças na mãe e na criança e dificuldades que possam aparecer no parto.

Ele também garante os encaminhamentos corretos conforme a necessidade da gestante e a disponibilidade da rede de saúde.

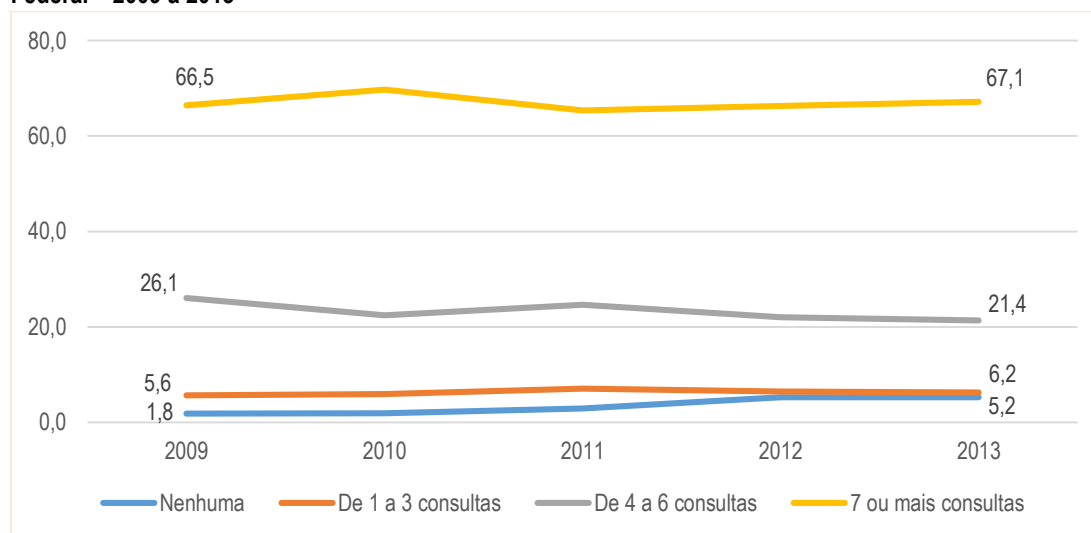
O Governo Federal, considerando os indicadores de mortalidade materna e infantil, o cumprimento do quarto e quinto Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e, ainda, a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (Portaria nº 1.459/GM, de 2011), o Programa Rede Cegonha. Trata-se do fortalecimento da rede de cuidados, a fim de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Para isso, a Rede Cegonha organiza-se em quatro componentes: 1) pré-natal, 2) parto e nascimento, 3) puerpério e atenção integral à saúde da criança e 4) sistema logístico (transporte sanitário e regulação). A portaria que a cria reconhece o trabalho das parteiras tradicionais e a atuação de profissionais não médicos no parto, garantindo o atendimento humanizado das mais diversas parcelas da população.

Apesar dos esforços, no Distrito Federal houve um aumento do percentual de gestantes com nenhuma consulta pré-natal realizada até o parto entre 2009 (1,8%) e 2013 (5,2%). Trata-se de informação preocupante, que exige ações diretas e busca ativa na atenção básica. A fim de identificar os motivos das ausências das mulheres nos serviços de atenção básica voltados à saúde da gestante, far-se-ia fundamental a realização de pesquisas especificamente com esse público a partir do preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (DNV) e outros formulários adotados pelos equipamentos de saúde.

Os demais percentuais permaneceram relativamente estáveis, com exceção do de quatro a seis consultas, que caiu no período de 26,1% para 21,4%.

**Gráfico 9 - Percentual de nascidos vivos por número de consultas pré-natais, segundo o ano – Distrito Federal – 2009 a 2013**

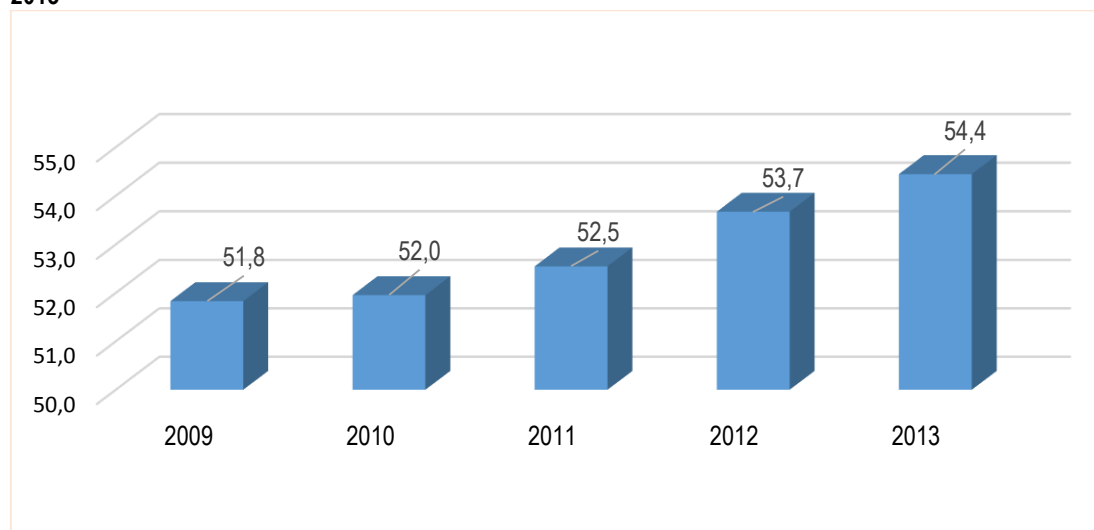


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Um dos objetivos das consultas pré-natais é evitar o parto cesáreo, procedimento cirúrgico, invasivo e, por isso, mais arriscado para a gestante e o bebê, principalmente pela possibilidade de infecções, complicações, reações aos procedimentos e pela recuperação mais lenta que a do parto vaginal. É fundamental o investimento na qualidade do atendimento anterior ao parto, garantindo acompanhamento de múltiplos profissionais, capazes de observar a gestante e o bebê na sua integralidade, e não apenas sob a perspectiva médica.

Têm-se observado uma elevação do percentual de partos cesáreos no Brasil, influenciado especialmente pelos procedimentos realizados por serviços privados, que priorizam o valor mais elevado da cirurgia cesariana e a comodidade do agendamento do nascimento, conforme a disponibilidade dos médicos. No Distrito Federal, desde o início do período analisado, o percentual de cesarianas supera o de partos vaginais, tendo chegado a 54,4% em 2013. O parâmetro adotado no Brasil (Portaria 1.101/GM, de junho de 2002) é de que os partos cirúrgicos não ultrapassem 15% do total.

**Gráfico 10 - Percentual de nascidos vivos por parto cesáreo, segundo o ano - Distrito Federal – 2009 a 2013**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

### Considerações finais

O levantamento ora apresentado permite conhecer aspectos da saúde materna do Distrito Federal, parte de suas falhas e suas boas práticas. A maior parte dos alertas destina-se à atenção básica, no sentido de melhorar o cuidado com a gestante. O aumento da proporção de gestantes que não compareceram a nenhuma consulta pré-natal é preocupante e exige da equipe de saúde primária, em especial da estratégia Saúde da Família, o fortalecimento de ações de busca ativa às mulheres gestantes da área de abrangência.

Ainda na atenção básica, verifica-se a necessidade de qualificar o acompanhamento pré-natal e mesmo o planejamento familiar, para garantir que as mulheres tenham acesso a informação, podendo optar de forma responsável pelo tipo de parto que desejam, considerando os riscos de uma intervenção cirúrgica. O Ministério da Saúde recomenda que as cesarianas não ultrapassem 15% do total de partos, uma vez que são indicadas somente em situações em que não seja possível o parto natural. O planejamento familiar também contribuiria para reduzir os custos das internações por aborto.

O óbito de mulheres em idade fértil tem sido menos investigado pelas comissões responsáveis, mesmo após a implementação da Rede Cegonha. Os dados disponíveis pressupõem a necessidade de ações de prevenção a acidentes e violências, o que deve ser planejado de forma integrada com as políticas para a juventude. A primeira causa de óbito entre as mulheres que têm entre 10 e 49 anos são as neoplasias (tumores), sendo que 43% deles seriam evitáveis – câncer de mama ou órgãos genitais femininos. Consultas e exames de rotina reduziram a letalidade da doença.

Para que a Codeplan, outros órgãos de pesquisa e a academia continuem a dar contribuições acerca da temática, é fundamental que haja o preenchimento correto e na maior completude possível dos formulários, questionários e demais documentos que agreguem informações sobre o público atendido, os serviços de saúde e os procedimentos que realizam, permitindo que sejam alcançadas novas conclusões e, com isso, sejam elaboradas novas ações, mais condizentes com a realidade. Espera-se, portanto, que este seja um de muitos estudos sobre o tema e que os próximos possam trazer mais e melhores informações, e que elas reflitam mudanças positivas a partir do quadro aqui apresentado.