**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA**

**CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**5.º Semestre 2016/2017 – TURMAS A; B; C e D**

**Unidade Curricular: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Indicadores de Saúde Específicos**

**Aula Teórico-Prática N.º 1**

**Objectivo**

**Evidenciar capacidades de análise e avaliação sobre os principais indicadores de saúde relacionados com a criança em Portugal**

**Metodologia**

**Trabalho em sala com a turma dividida em grupos ou trabalho individual**

* **Análise das Estatísticas de Saúde no período de 2010-2014 em Portugal**
* **Realizar os cálculos sobre taxas hipotéticas determinadas populações**
* **Analisar e interpretar os valores calculados**

**O PROFESSOR**



|  |
| --- |
| EXERCÍCIOS PRÁTICOS |
| **População total a metade do ano** | Região A | Região B |
| 9.000.000 | 5.000.000 |
| **Nº de nados vivos** | 80000 | 80000 |
| **Mortes de menores de ano** | 200 | 3000 |
| **Mortes de menores de 5 anos** | 210 | 3800 |
| **Fetos mortos com mais de 28 semanas de gestação** | 160 | 800 |
| **Mortes de menores de 28 dias** | 150 | 1250 |
| **Mortes de menores de 7 dias** | 100 | 800 |
| **Mortes de crianças de 28 dias e menos de 365 dias**  | 50 | 1750 |

**Tendo em consideração as estatísticas destas populações, calcule os seguintes indicadores:**

1. **Taxa de natalidade;**
2. **Taxa de mortalidade infantil;**
3. **Taxa de mortalidade para menores de 5 anos;**
4. **Taxa de mortalidade neonatal;**
5. **Taxa de mortalidade neonatal tardia;**
6. **Taxa de mortalidade neonatal precoce;**
7. **Taxa de mortalidade pós neonatal;**
8. **Taxa de mortalidade perinatal;**

**INDICADORES DE SAÚDE – PEDIATRIA**

**Taxa de natalidade**

Nº de nascidos vivos numa área do ano

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x 103

População da área ajustada para o meio do ano

**Taxa de mortalidade infantil**

Nº de óbitos com menos de 1 ano de vida

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x 103

Total de nados vivos nascidos nesse ano

**Taxa de mortalidade para menores de cinco anos**

N.º de óbitos ocorridos em menores de cinco anos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x 103

Total de nados vivos nascidos nesse ano

**Taxa de mortalidade neonatal precoce**

Nº de óbitos de crianças com menos de 7 dias

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x 103

Total de nados vivos nascidos nesse ano

**Taxa de mortalidade neonatal tardia**

Nº de óbitos de crianças com 7 a 27 dias

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x 103

Total de nados vivos nascidos nesse ano

**Taxa de mortalidade neonatal**

Nº de óbitos de crianças com menos de 28 dias

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x 103

Total de nados vivos nascidos nesse ano

**Taxa de mortalidade pós neonatal**

Nº de óbitos de crianças com 28 a 365 dias

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_x 103

Total de nados vivos nesse ano

**Taxa de mortalidade perinatal**

Fetos mortos com 28 ou mais semanas de gestação

+

Óbitos de crianças com menos de 7 dias de vida

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x 103

Nados vivos nesse ano + Fetos mortos com mais de 28 semanas

**Análise ao ano de 2012**

Portugal. Direcção Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde (2013). Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009-2012) – Informação Geral: Saúde. Lisboa

**Em resumo:**

**Na Mortalidade Infantil** – observada em 2012 foi, em termos globais, comparável com os anos anteriores, mostrou-se apenas aumentada relativamente a 2010. Observou-se heterogeneidade regional com aumentos na região Centro e Algarve e decréscimo em Lisboa e algum decréscimo no Alentejo.

**Na Mortalidade Fetal** – observou-se um aumento significativo relativamente a 2011 – com alguma relevância nas regiões Centro, Alentejo e Algarve.

**A Mortalidade Fetal Tardia** – não mostrou um padrão distinto do observado no global da mortalidade fetal global – apenas o recrudescimento do observado na região Centro não mostrou tanto significado.

**A Mortalidade Pós-Neonatal** – Denotou um aumento relativamente a 2011 – com heterogeneidade regional e aumento relevante na região Centro e Algarve.

**Mortalidade Neonatal** – mostrou-se em linha com o observado nos anos anteriores exceto 2010. Observou-se alguma heterogeneidade regional: na região Norte esta mortalidade teve tendência de decréscimo relativamente aos anos anteriores e Lisboa também alguma tendência sustentada de decréscimo.

A análise dos óbitos da mortalidade fetal e das componentes neonatal e pós-neonatal da mortalidade infantil, permite afirmar que em termos do global nacional a mortalidade infantil de 2012 esteve estatisticamente em linha com o observado no ano de 2011. Se as diferentes componentes estudadas tivessem sido comparadas mais diretamente com 2010 os resultados teriam sido muito idênticos aos do relatório relativo à mortalidade infantil de 2011. Porém, em 2012 **observaram-se aumentos na mortalidade fetal e na componente pós-neonatal da mortalidade infantil**. Observou-se ainda heterogeneidade regional na evolução destas componentes, as regiões Centro e Algarve mostraram-se ambas com estas componentes aumentadas.

Da informação disponível das componentes da mortalidade perinatal e infantil no portal do INE (por residência das mães, NUTS I,II e III) e na inspecção dos certificados de óbito, observou-se:

Semelhança do ocorrido em 2012 e 2009

Aumento relativamente a 2010- particularizado na mortalidade pós-neonatal

Relativamente a 2011, aumento da mortalidade fetal e da mortalidade pós-neonatal

**Mortalidade Fetal:**

Recrudescimento em 2012 em comparação com 2011 (no total do país, no Continente e na RAM); em Portugal Continental observou-se heterogeneidade regional com decréscimo nas regiões Norte e Lisboa e acréscimo nas restantes regiões (Centro, Alentejo e Algarve).

**Mortalidade Fetal Tardia:**

Não mostrou um padrão distinto do observado na mortalidade fetal (global).

**Mortalidade Infantil:**

Idêntica ao observado em 2011 e 2009. Apesar disso observou-se heterogeneidade por regiões de saúde com o Centro a revelar acréscimo, o Algarve a seguir a mesma tendência e as restantes regiões a observarem decréscimo.

**Mortalidade Neonatal:**

Mostrou-se globalmente em linha com o observado nos anos anteriores, exceto 2010. No entanto, observou-se alguma heterogeneidade entre regiões com o Norte e Lisboa com tendências decrescentes e restantes regiões com tendências crescentes.

**Mortalidade Pós-Neonatal:**

Denotou um aumento relativamente a 2011 com heterogeneidade regional. Observou-se algum recrudescimento em todas as regiões exceto o Alentejo e aumento significativo no Centro e no Algarve.

**Parece assim que em 2012 se verificou um nível idêntico de mortalidade infantil ao do ano de 2011, em que a diferença observada parece dever-se a um aumento da mortalidade pós-neonatal. A componente neonatal mostrou-se semelhante à registada em 2011, como tal também se distingue da de 2010. Adicionalmente, também se verificou um generalizado recrudescimento da mortalidade fetal. Verificou-se ainda alguma heterogeneidade regional na evolução de todas as componentes de mortalidade estudadas.**

****



Na análise da informação dos certificados de óbito das mortes neonatais as semelhanças com o observado no ano anterior (2011) e 2009 foi notória. As evoluções com significado estatístico tornaram a ter significados nas comparações com esses anos.

**Na mortalidade neonatal de 2012,** em comparação com 2011 e 2009, observou-se:

* Diminuição da morte devida a acidentes de transporte; Diminuição associada ao sexo masculino; no sexo feminino a diminuição observada não foi significativa;
* Tendência sustentada de diminuição do uso de resultados disponíveis da autópsia como fonte de informação na determinação da causa de morte;
* Recrudescimento da informação indisponível na informação da causa de morte;
* Aumento da morte no domicílio mas sem significado estatístico;
* Diminuição substancial, com muito significado estatístico, da mortalidade neonatal no hospital;
* Semelhança nos pesos à nascença;
* Tendência de decréscimo em partos simples;
* Tendência de acréscimo em partos com dois gémeos;
* Diminuição de óbitos em mulheres sem filhos vivos.

**Na mortalidade neonatal de 2012, comparando com 2010, foram observadas mais diferenças, nomeadamente:**

* Aumento da mortalidade em ambos os sexos com maior significado estatístico para o sexo masculino;
* Aumento das causas de morte baseadas em informação clínica e mais resultados disponíveis da autópsia;
* Aumento da mortalidade no hospital- com muito significado estatístico;
* Aumento da mortalidade no 2º gémeo – com muito significado estatístico;

**No parto gemelar:**

* Aumento da mortalidade no Parto Não Normal (Outro);
* Alguma tendência de aumento da mortalidade no recurso à cesariana (+11 óbitos p=0,06) e com apresentação pélvica (+ 60 óbitos, p=0,058);
* Aumento da mortalidade associada à duração da gravidez, particularmente na classe até às 27 semanas (+ 27 óbitos, p=0,021);
* Aumento da mortalidade em gravidezes com vigilância antenatal (+ 27 óbitos, p=0,08);
* O aumento de 4 óbitos em gravidezes sem vigilância não revelou significado estatístico;
* Aumento na mortalidade nas gravidezes com ou sem 1ª consulta de vigilância antenatal antes da 16ª semana (com 1ª consulta antes da 16ª semana: + 27 óbitos, p=0,05; sem 1ª consulta antes da 16ª semana: +8 óbitos, p=0,042);
* Diminuição significativo em mulheres primíparas (- 49 óbitos, p<0,001); diminuição em mulheres sem filhos vivos (-27 óbitos, p=0,003).

**Na mortalidade Pós-Neonatal em comparação direta com 2011, observou-se:**

* Aumento refletido em ambos os sexos com maior significado estatístico no caso do sexo masculino (+23 óbitos, p=0,003) do que no sexo feminino (+12 óbitos, p=0,067);
* Alterações na informação que serve de base à indicação da causa de morte (mudança consistente ao longo dos anos analisados; mais informação clínica (+25 óbitos, p=0,005); mais com resultados disponíveis da autópsia (+16 óbitos, p<0,001); menos com resultados não disponíveis da autópsia (-12 óbitos, p<0,001) e tendencialmente mais não preenchidos (+6 óbitos, p=0,056);
* Aumento nos partos naturais (+ 30 óbitos, p=0,008);
* Este tipo de mortalidade mostrou-se estável nos partos não naturais;
* Aumento do falecimento em hospitais da ARSLVT com significado estatístico (+19 óbitos, p=0,0008)
* Com pesos à nascença abaixo dos 500 g é muito residual situando-se em torno de uma a duas dezenas por ano;
* Com pesos à nascença abaixo das 750 g é muito marginal situando-se em torno dos 0,2% de todos os nascimentos;
* Com pesos à nascença entre os 750 e 999g é semelhante à dos nascimentos com menos peso;
* A percentagem cumulativa de nascimentos com menos de 1000g é estimada em 0,4%, percentagem que aumentou ligeiramente em 2012;
* Com pesos à nascença entre os 1000 e 1499g está ligeiramente abaixo de 1%;
* Com pesos à nascença entre os 1500 e 1999g duplica para aproximadamente 1,9%;
* A percentagem de nascimento com pesos abaixo de 2000g é aproximadamente de 3,1%, percentagem que aumentou ligeiramente em 2012 para 3,14%;
* Com pesos à nascença ente 2000 e 2499g, aproximadamente duplica a registada com pesos inferiores, situando-se em cerca de 6%;
* Assim a percentagem de nascimentos com peso abaixo dos 2500g situa-se em torno dos 9% (8,7% em 2009, 9,3% em 2012)

**Discussão**

**Relativamente à análise dos óbitos da mortalidade fetal e das componentes neonatal e pós-neonatal da mortalidade infantil, da própria mortalidade infantil e da mortalidade abaixo dos 5 anos podemos afirmar que, em termos do global nacional, as mortalidades infantil e abaixo dos 5 anos de 2012 esteve estatisticamente em linha com o observado no ano de 2011. Se as diferentes componentes estudadas tivessem sido comparadas mais diretamente com 2010 os resultados teriam sido muito idênticos aos do relatório relativo à mortalidade infantil de 2011. Porém, em 2012 observaram-se aumentos na mortalidade fetal e na componente pós-neonatal da mortalidade infantil. Observou-se heterogeneidade regional na evolução destas componentes. As regiões Centro e Algarve mostraram-se ambas com estas componentes aumentadas.**

**Mortalidade Fetal - ocorreu um aumento em 2012 em comparação a 2011, tanto ao nível do total do país, em Portugal Continental e na Região Autónoma da Madeira.**

* **Verificou-se que esta mortalidade por letra ficou essencialmente associada a 2 letras:**
	+ **Letra P e letra Q, com um recrudescimento em ambas as letras, refletindo o aumento global. Quando consideradas as causas a 3 carateres, comparando 2012 com 2011, verificou-se um recrudescimento da causa P03, uma tendência de aumento da causa Q79 e da causa Q04. Na comparação com 2009 não pareceu existir diferenças relevantes. Enquanto resultados a salientar, verificou-se que 90% dos óbitos ocorridos se verificaram em três grupos de causas de morte, nomeadamente P00-P04, P20-P29 e P90-P96 (1º, 2º e 3º com mais registos, respetivamente).**

**Mortalidade Fetal Tardia** - os resultados mostraram não ter existido um padrão distinto comparativamente com a mortalidade fetal global.

* **Mortalidades Infantil** - verificaram-se resultados idênticos em 2012 aos ocorridos em 2011 e 2009. Foi ainda observado ter existido uma heterogeneidade por regiões de saúde, com a Região Centro e o Algarve a registarem um acréscimo nesta mortalidade, e as restantes regiões a apresentarem um decréscimo.
* **Mortalidade Neonatal** - esta mostrou-se em linha com o observado nos anos anteriores, exceto na comparação com o ano de 2010. Foi ainda observada uma heterogeneidade entre regiões, com o Norte e Lisboa a registarem tendências decrescentes e as restantes regiões com tendências crescentes de mortalidade neonatal (Centro +6, Alentejo +3, Algarve +1).

**Causas básicas de morte** - emergiram três conjuntos de categorias de três carateres que apresentaram variações com significado estatístico ao longo dos 4 anos em análise, mais especificamente as P00-P04, P20-P29 e P30-P35. Contudo, foram observadas alterações, estatisticamente significativas, no número de óbitos neonatais nas causas de morte com os códigos: P01 “F**eto e recém-nascido afetados por complicações**” (p=0,041), P22 “**Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém**” (p=0,047), P26 “**Hemorragia pulmonar originada no período perinatal**” (p=0,043), P36 “**Septicemia bacteriana do recém-nascido**”, P61 “**Outros transtornos hematológicos perinatais**” (p=0,015). Em detalhe, verificou-se ter existido no ano de 2012 um aumento do número de causas de morte nas categorias P61, P36 e P01, comparativamente com o ano de 2010 (+5, +10 e +5 óbitos, respetivamente).

**Mortalidade pós-neonatal** - verificou-se um aumento relativamente a 2011, com heterogeneidade regional. Esta apresentou um recrudescimento em todas as regiões, exceto o Alentejo (-1), e um aumento significativo no Centro (+6) e Algarve (+7).

Nas Causas básicas de morte, nas categorias por letra, existiu uma redução sustentada por **doenças do aparelho respiratório** – letra J; assistiu-se a um recrudescimento das causas inseridas na letra T (+4), e a um recrudescimento e aumento da letra P (+19). Verificou-se ainda ter existido um recrudescimento muito significativo das causas com letra G (+8; em relação a 2010 +0). Observando os resultados por causas com três carateres, verificou-se um recrudescimento e aumento da causa Q24 (+10 – “**Outras malformações congénitas do coração**”), aumento sustentado da causa P77; recrudescimento da causa Q87 (+2 - “**Outras síndromes com malformações congénitas que acometem múltiplos sistemas”), e um recrudescimento da causa** R99.

**Autópsias** - tendência consistente de decréscimo nos 4 anos em análise, dos resultados disponíveis de autópsia como base de indicação da causa de morte.

Pesos - na avaliação da informação dos certificados de óbito, emergiram evoluções, no número de óbitos, com significado em três categorias: abaixo de 500 g (+2), entre 1500-1999 g (-9) e 2500 g ou mais (+24).

**Na informação hospitalar** (GDH), verificou-se que em Portugal Continental, só ocorreram diferenças significativas nas comparações com 2010, nomeadamente nos escalões dos nascimentos com pesos à nascença entre os 750 e os 999 g, na classe de peso indefinido, e no Total. Verificou-se ainda ter existido em Portugal Continental uma diminuição sustentada em todas as classes de peso 1000-1499 g (+21); 1500-1999g (+42) (exceto nos pesos indefinidos), mas sem significado estatístico quando comparado com 2011; resultado idêntico foi observado relativamente a 2009, onde a diminuição em número absoluto foi menos regular entre as classes de peso.

**Local de falecimento** - ocorreu menos morte fetal no hospital e mais no domicílio (+80). Foi ainda observado que o número de óbitos fetais em partos no domicílio permaneceu estabilizado 14 nos dois anos (nº de partos no domicílio: 647 em 2012 [INE])

**Idade da Mãe** - verificou-se um recrudescimento com algum significado estatístico em mães com idades entre os 30 e os 34 anos, e uma tendência de aumento nas mães com 40 ou mais anos de idade.

**CONCLUSÕES**

O principal objetivo deste trabalho foi estudar e perceber, o melhor possível, o aumento da taxa de mortalidade infantil observado em 2012. Foi usada a informação possível e claramente não foi esgotado ainda todo o potencial informativo.

Como feito no passado, procurou-se expor factualmente os resultados observados sem qualquer pretensão de conseguir dar explicações definitivas.

Aparentemente verifica-se que o enquadramento em estudo (reduzido número de óbitos e nascimentos, avanços tecnológicos crescentes e extensas listas de causas de morte) é mais complexo e desafiante que o desejável.

Em 2012 houve aumento da taxa de mortalidade sem que tenha existido uma diferença global (com qualquer significado estatístico) na respetiva mortalidade infantil em comparação com o observado no ano anterior ou para 2009. O mesmo ocorreu na mortalidade abaixo dos 5 anos onde não se observou diferença estatística entre o número de óbitos observado em 2012 e 2011.

Em 2012 a mortalidade neonatal também esteve aumentada quando comparada com a de 2010. No entanto não diferiu da observada em 2011 e 2009.

Em 2012 verificou-se recrudescimento da Mortalidade Fetal e da mortalidade Pós-Neonatal, ambas mostrando heterogeneidades regionais relevantes.

O fenómeno particularmente favorável observado na Mortalidade Infantil de 2010 mostra-se mais excecional por diferir do que se observou antes e depois.

Na informação disponível dos nascimentos em hospitais públicos observou-se que em 2012 **continuam a aumentar os nascimentos de baixo peso** apesar da diminuição substancial do número de nascimentos.

Tal como apontado anteriormente, a natureza **multifatorial** da mortalidade infantil é uma evidência confirmada (e aqui fica uma vez mais uma demonstração desse facto) mas revela-se agora também particularmente complexa. Os pequenos números têm impactos cada vez maiores e mais imprevisíveis, demandando redobrada atenção de todo o sistema de saúde para este fenómeno.

**A mortalidade infantil no período de 2009 - 2012** resumiu-se a um conjunto de 7 letras da CID 10 e um conjunto de 3 óbitos cuja causa básica não foi definida (em 2012).

Por letra, as diferenças observadas em 2012 em comparação com o ocorrido na mortalidade infantil de 2009 são praticamente inexistentes; resumindo-se à letra J - “**Doenças do Aparelho Respiratório**” que não registou qualquer óbito em 2012; na comparação com o ano de 2011, apenas duas letras de causas mostraram diferenças significativas, a letra J - “Doenças do Aparelho Respiratório” (-6 óbitos, p=0,019) e a letra Q – “Doenças do Sistema Nervoso” (+8 óbitos, p=0,021) representando um recrudescimento para os níveis de 2009 e 2010; na comparação com o observado no ano de 2010, três letras mostraram significado estatístico, todas com aumentos, a letra P – “Algumas afeções originadas no período perinatal” (+25 óbitos, p=0,008), a letra T “Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas” (+5 óbitos, p=0,025) que não teve qualquer registo em 2010, e a letra Q – “Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas” (+ 17 óbitos, p=0,016) que evoluiu positivamente relativamente a 2011.

A análise das causas básicas de morte a 3 carateres, mostrou tendência idêntica à da análise por letra. Nomeadamente, maior número de causas com diferenças estatisticamente significativas na comparação de 2012 com 2010; e reduzido número nas comparações com 2011 ou 2009.

Na comparação das causas básicas a 3 carateres da mortalidade infantil de 2012 com 2011, duas causas mostraram diferenças significativas: P29 – “Transtornos cardiovasculares originados no período perinatal” (-10 óbitos, p=0,016) e P61 – “Outros transtornos hematológicos perinatais” (+7 óbitos, p=0,006) sendo de referir que esta foi uma causa muito residual nos restantes anos.

Na comparação do ocorrido em 2012 e em 2009, também emergiram duas causas Q90 – “Síndrome de Down” (-6 óbitos, p=0,021) – causa que nesta mortalidade só surgiu uma vez em três anos – e a P29 (-13 óbitos, p=0,004).

Na comparação do ocorrido em 2012 e em 2010, 5 causas surgiram com significado estatístico: novamente P29, reforçando algum decréscimo sustentado (-10 óbitos, p=0,019); P61 – “Outros transtornos hematológicos perinatais” (+6 óbitos, p=0,024); P01 – “Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez” (+5 óbitos, p=0,023); P36 – “Septicemia bacteriana do recém-nascido” (+9 óbitos, p=0,038) – note-se que o ano 2010 foi diferente dos anos adjacentes; e Q25 – “Malformações congénitas das grandes artérias” (+4 óbitos, p=0,029) – que não tinha registado qualquer óbito em 2010.

A análise da evolução das causas básicas de óbito relativas à Mortalidade Infantil por categorias de 3 carateres revelou:

- Que esta mortalidade se dispersa por um grande número de categorias, nomeadamente, aquelas com maior peso foram:

1) P20-P29 “Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal” com um peso de 14,7% em 2012, que foi 25,3% em 2009; esta tendência decrescente é revelada pela heterogeneidade nos 4 anos (2009 – 2012) com p<0,001 e apresenta diferenças significativas na comparação de 2012 com 2009 (-47 óbitos, p<0,001);

2) Q20 – Q28 – “Malformações congénitas do aparelho circulatório” com um peso de 10,1% em 2012 e cuja oscilação observada nos quatro anos estudados não apresenta significado estatístico;

3) P50 - P61 – “Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido” com um peso de 9,2% mas também sem que a variação observada apresente significado estatístico.

Globalmente, a análise das causas básicas, revela que a mortalidade infantil de 2012 não diferiu estatisticamente da do ano de 2011 (+3 óbitos, p=0,157), nem da do ano de 2009 apesar da diferença em número absoluto (-57 óbitos, p=0,199), mas diferiu da do ano de 2010 (+47 óbitos, p<0,001).

Na distribuição percentual em cada ano das causas básicas de morte neonatais por categorias de três carateres verificou-se o seguinte:

P00-P04 “Feto e recém-nascidos afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto” – aumentou substancialmente – quase duplicando- em 2012;

P05-P08 “Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal” – decresceu ligeiramente comparado com todos os anos anteriores em estudo;

P20-P29 “Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal” – decresceu acentuada e sustentadamente relativamente ao observado nos anos anteriores;

P35-P35 “Infeções específicas do período perinatal” – denotou um ligeiro aumento percentual;

No global, as categorias de causas básicas de morte neonatal mantém-se com níveis idênticos em termos percentuais existindo conjunto que são mais comuns ao longo de todos os anos. Denotaram-se algumas oscilações dignas de nota, como o caso da P00-P04, e muitas em causas com números absolutos muito baixos.

Em termos de significado estatístico apenas três conjuntos emergiram denotando diferenças:

P00-P04 “Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto” – aumentou relativamente a 2011 (6 óbitos, p=0,148) e relativamente a 2010 (11 óbitos, p=0,018);

P20-P29 “Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal” – revelou uma grande heterogeneidade ao longo dos quatro anos (p<0,001) o que reflete a tendência de decréscimo sustentado observada (- 21, -4, -47 relativamente a 2011, 2010 e 2009, respetivamente) na comparação entre anos dois-a-dois só a diferença com 2009 revelou significado estatístico;

P35-P35 “Infeções específicas do período perinatal” – denotou uma heterogeneidade significativa nos quatro anos em estudo que se deve essencialmente à diferença observada em 2010 onde ocorreu um número substancialmente, e estatisticamente inferior.

Na análise das causas básicas de morte pós-neonatal observou-se:

Por letra

Redução sustentada por Doenças do aparelho respiratório – letra J – sem registo de casos em 2012;

- Recrudescimento das causas inseridas na letra T (parte do grande grupo das lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas) tendo-se observado nível idêntico ao de 2009 e aumentos relativamente a 2011 e 2010 com algum significado estatístico apesar dos baixos números absolutos (4 e 5 óbitos, respetivamente);

- Recrudescimento e aumento da letra P “algumas afeções originadas no período perinatal”, onde se observou um aumento muito significativo relativamente a 2011 (11 óbitos, p=0,016) e 2010 (9 óbitos, p=0,035).

- Recrudescimento muito significativo das causas com letra G “Doenças do sistema nervoso” que em 2011 tinha tido um decréscimo acentuado.

Por causas a 3 carateres

- Recrudescimento e aumento da causa Q24 - “Outras malformações congénitas do coração”, aparentando algum crescimento sustentado quando feita comparação com 2009 e 2011;

- Aumento sustentado da causa P77 - “Enterocolite necrotizante do feto e do recém-nascido”, apesar dos números absolutos reduzidos a heterogeneidade significativa nos quatro anos (p=0,014) revela a tendência emergente;

- Recrudescimento da causa Q87 – “Outras síndromes com malformações congénitas que acometem múltiplos sistemas”, com um aumento de 9 óbitos relativamente a 2011 volta a níveis observados em anos anteriores.

Recrudescimento da causa R99, parecendo que em 2011 terão existido estatisticamente menos causas indefinidas, voltando o nível destas causas em 2012 para o nível de anos anteriores;

A análise por causas a 4 carateres não diferiu, nos resultados substanciais, do observado na análise das causas a 3 carateres. Talvez digno de nota, referir que a causa Q878 se refere a malformações congénitas especificadas mas não codificadas em outra parte da CID 10.

Por categorias de três carateres

- O conjunto de causas a 3 carateres mais frequente é R95-R99 – “Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade” consistentemente acima dos 22% em todos os anos estudados;

- O segundo conjunto de causas mais frequente Q20-Q28 - ”Malformações congénitas do aparelho circulatório” com oscilação nos anos em estudo mas a situar-se perto dos 16% das mortes neonatais em 2012;

- Em terceiro lugar surge um grupo P75-P78 – “Transtornos do aparelho digestivo do feto e do recém-nascido” que atingiu os 8,4% em 2012, percentagem mais elevada do que o observado nos anos anteriores (evolução com significado estatístico p=0,042 para a heterogeneidade entre anos);

- São ainda de referência os grupos Q80-Q89 – “Malformações congénitas” e P20-P29 – “Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal”, ambas a rondar os 5% do total da respetiva mortalidade.

Na análise das causas básicas de morte dos certificados de óbitos ocorridos em indivíduos com menos de cinco anos por letra da CID10, verificou-se:

- Ausência de diferenças estatísticas na comparação entre 2012 e 2010 e entre 2012 e 2009, tendo como única exceção as causas associadas à letra J – “Doenças do Aparelho Respiratório” que apresentaram tendência de decréscimo algo sustentada.

- Na comparação de 2012 com 2010, três causas associadas a letras apresentaram evidências de aumento: P – “Algumas afeções originadas no período perinatal”; E – “Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” e Q – “Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas”

A análise da causa básica de morte abaixo dos 5 anos a 3 carateres da CID10 revelou:

- Padrão semelhante àquele observado por letra com mais diferenças na comparação com 2010 do que com 2009 ou 2011.

- A causa P29 – “Transtornos cardiovasculares originados no período perinatal” – associada à mortalidade abaixo de 1 ano (mortalidade infantil), como já visto- apresentou tendência de decréscimo algo sustentado;

- A causa P61 –“Outros transtornos hematológicos perinatais” mostrou-se aumentada em 2012 em comparação com 2011 (-7 óbitos, p=0,006) e 2010 (-6 óbitos, p=0,024)

- As causas J18 – “Pneumonia por micro-organismo não especificada” (-7 óbitos, p=0,011), Q90 – “Síndrome de Down” (-7 óbitos, p=0,011) e S06 – “Traumatismo intracraniano” (-7 óbitos, p=0,047) apresentaram tendências decrescentes em 2012 quando comparadas com 2009;

- Na comparação de 2012 com 2010, para além das causas P29 e P61 (já referidas) com tendência de decréscimo significativo, emergiram mais três causas com tendência de acréscimos significativos:

P01 – “Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez” (+5 óbitos, p=0,023)

P36 – “Septicemia bacteriana do recém-nascido” (+9 óbitos, p=0,038)

e Q25 – “Malformações congénitas das grandes artérias” (+4 óbitos, p=0,049).

A análise das causas básicas de morte associadas aos óbitos abaixo dos 5 anos, analisadas por causas codificadas a 4 dígitos, revelou:

- Na comparação entre anos, apenas três causas se mostraram estatisticamente diferentes em 2012 quando comparadas com o ocorrido em 2011:

P261 – “Hemorragia pulmonar maciça originada no período perinatal” (-7 óbitos, p=0,042)

P910 – “Isquemia cerebral neonatal” (-6 óbitos, p=0,019)

P280 – “Atelectasia primária do recém-nascido” (-6 óbitos, p=0,044)

- Na comparação com 2010, a causa P269 mostrou-se também diminuída (-5 óbitos, p=0,042); aumentada a causa P916 – “Encefalopatia hipóxico-isquémica do recém-nascido” (+4 óbitos, p=0,049) e também diminuída a causa P910 – “Isquemia cerebral neonatal” (-5 óbitos, p=0,042)

- Na comparação com 2009 observou-se um consistente decréscimo da mortalidade em múltiplas causas.

A mortalidade abaixo dos 5 anos dispersa-se por uma lista extensa de categorias a três carateres da CID10. As principais categorias, em termos de volume (% do total de causas básicas de morte) em 2012 foram:

P20 – “Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal” com um peso de 12,3% em 2012, mas que tinha tido um peso de 20,2% em 2009, esta categoria apresentou alguma tendência de decréscimo embora com recrudescimento em 2012;

R95 – R99 – “Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade” com um peso de 10,6% em 2012, mostrando nos anos estudados alguma tendência de crescimento embora só com algum significado entre 2012 e 2011 (+10 óbitos, p=0,08);

Q20-Q28 – “Malformações congénitas do aparelho circulatório” com um peso de 9,5% em 2012 que não apresentou variações estatísticas com significado.

Digno de nota é a diminuição de óbitos na causa básica J09-J18 – “Influenza [gripe] e pneumonia” que teve um registo de 8 óbitos em 2009 e zero em 2012.

A análise das causas básicas de morte, no global, revela que a mortalidade abaixo dos 5 anos de 2012 não diferiu estatisticamente da do ano de 2011 (-10 óbitos, p=0,267), mas diferiu da do ano de 2010 (+37 óbitos, p=0,002) e foi tendencialmente menor que a do ano de 2009 (-87 óbitos, p=0,062).

**No dia 18 de maio de 2014, pelas 15 horas, um indivíduo de 41 anos foi atropelado em Ponte de Sor. Chamado o 112, foi assistido no local. Estava consciente e orientado no tempo no espaço. Queixava-se de dor abdominal. Foi levado ao hospital mais próximo tendo-lhe sido diagnosticado um ventre agudo. Foi operado de urgência e recuperou, pelo que ao 5.º dia teve alta sem complicações.**

**Resta dizer que se chamava Rui, tinha dois filhos, um com 16 e outro com 9 anos, e a mulher encontrava-se à hora do acidente a viajar para França, donde era natural. Mal soube do sucedido regressou de automóvel, tendo às 20 horas.**