



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Early neonatal mortality and assistance to women and newborns in a public maternity hospital

Mortalidade neonatal precoce e a assistência às mulheres e aos recém-nascidos em uma maternidade pública
Mortalidad neonatal precoz y la asistencia a las mujeres y los recién nacidos en una maternidad pública

Maria Izabel Cristina Silva do Nascimento¹, Caique Veloso², Thais Gomes Falcão³, Emanuela Gomes Falcão⁴

ABSTRACT

Objective: to analyze early neonatal mortality and the care offered to women and newborns in a public maternity hospital in Fortaleza, Ceará. **Methodology:** it is a documentary and descriptive study, conducted in a maternity hospital in Fortaleza. An analyze of the individuals records of investigate early neonatal death notified in the service between January 2014 and December 2018 was carried out. Data were statistically analyzed in a software Statistical Package for the Social Sciences. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Dr. César Cals General Hospital, under opinion 3,073,569. **Results:** from January 2014 to December 2018, 466 cases of early neonatal mortality were reported. There was a predominance of mothers form the countryside, aged between 18 and 24 years old, brown and single. Most were primigravida, single pregnancy, performed less than six prenatal consultations, had vaginal delivery, without partogram and medication. Regarding the conditions of birth of newborns, most have low birth weight and gestational age less than 37 weeks. **Conclusion:** the results revealed determining characteristics of early neonatal mortality, such as those related to mother and prenatal care, delivery and newborn.

Descriptors: Early Neonatal Mortality. Delivery of Health Care. Nursing.

RESUMO

Objetivo: analisar a mortalidade neonatal precoce e a assistência ofertada à mulher e ao recém-nascido em uma maternidade pública de Fortaleza, Ceará. **Metodologia:** estudo documental e descritivo, realizado em uma maternidade de Fortaleza. Procedeu-se mediante análise das fichas individuais de investigação de óbito neonatal precoce, notificados no serviço entre janeiro de 2014 e dezembro de 2018. Os dados foram analisados estatisticamente no software *Statistical Package for Social Sciences*. O projeto foi aprovado pelo Comitê da Ética em Pesquisa do Hospital Geral Dr. César Cals, sob parecer 3.073.569. **Resultados:** no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, foram notificados 466 casos de mortalidade neonatal precoce. Houve predomínio de mães provenientes do interior, com idade entre 18 e 24 anos, pardas e solteiras. A maioria era primigesta, gestação única, realizou menos de seis consultas pré-natais, teve parto vaginal, sem uso do partograma e com uso de medicações. Quanto às condições de nascimento dos recém-nascidos, a maioria apresentou baixo peso ao nascer e idade gestacional menor que 37 semanas. **Conclusão:** os resultados revelaram características determinantes da mortalidade neonatal precoce, as quais estão relacionadas à mãe e à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Descritores: Mortalidade Neonatal Precoce. Assistência à Saúde. Enfermagem.

RESUMÉN

Objetivo: analizar la mortalidad neonatal temprana y la atención ofrecida a mujeres y recién nacidos en un hospital público de maternidad en Fortaleza, Ceará. **Metodología:** estudio documental y descriptivo, realizado en una maternidad de Fortaleza. Las hojas de datos se analizaron de individuos que investigaron la muerte neonatal temprana sin notificación del servicio entre enero de 2014 y diciembre de 2018. Los datos se analizaron estadísticamente sin el paquete estadístico de software para las ciencias sociales. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital General Dr. César Cals, según el dictamen 3.073.569. **Resultados:** desde enero de 2014 hasta diciembre de 2018, se informaron 466 casos de mortalidad neonatal temprana. Hubo un predominio de madres asociadas con el campo, de edades comprendidas entre 18 y 24 años, marrones y solteras. La mayoría eran primigravida, embarazo único, realizaron menos de seis consultas prenatales, tuvieron parto vaginal, no partograma y medicación. En cuanto a las condiciones de nacimiento de los recién nacidos, la mayoría tiene bajo peso al nacer y edad gestacional menor de 37 semanas. **Conclusión:** los resultados revelaron características determinantes de la mortalidad neonatal temprana, como las relacionadas con la atención materna y prenatal, el parto y el recién nacido.

Descritores: Mortalidad Neonatal Precoz. Prestación de Atención de Salud. Enfermería.

¹Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pelo Centro Universitário UNINOVAFAP. Residente em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: nurse.izabel@hotmail.com

²Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Professor da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: caiqueveloso3@hotmail.com

³Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Coordenadora da Residência Integrada em Saúde no Hospital Geral Dr. César Cals. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: thaisgfalcao@yahoo.com.br

⁴Enfermeira. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará. Professora da Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: emanuelagomes@live.com

INTRODUÇÃO

A mortalidade no período neonatal é um importante indicador de saúde materno-infantil, refletindo as condições socioeconômicas, reprodutivas e, principalmente, as relacionadas à assistência pré-natal, ao parto e aos recém-nascidos. O principal componente da mortalidade infantil é o neonatal precoce (0-6 dias de vida) e grande parte dos óbitos infantis acontece nas primeiras 24 horas, o que indica relação estreita com a atenção ao parto e ao nascimento⁽¹⁾.

No Brasil, em 2017, ocorreram 36.223 óbitos em menores de 1 ano de idade, sendo 19.389 óbitos no período neonatal precoce, constituindo-se em 53,5% dos óbitos infantis, com taxa de mortalidade neonatal precoce (TMNP) de 6,6 óbitos por mil nascidos vivos. Neste panorama, o Ceará registrou 930 óbitos no período neonatal precoce (54,7% dos óbitos infantis), sendo o quarto estado nordestino com maior incidência, com TMNP de 7,3 óbitos por mil nascidos vivos⁽²⁾.

Embora algumas características maternas de ordem biológica e social estejam tradicionalmente ligadas aos óbitos neonatais, o processo assistencial pré-natal e hospitalar, ofertado à mulher e ao recém-nascido, são os principais determinantes da mortalidade neonatal⁽³⁾. Assim, a identificação de fatores de risco relacionados à mortalidade neonatal pode auxiliar no planejamento de ações para a reestruturação e melhoria da assistência à gestante e aos recém-nascidos, visando a redução da mortalidade infantil.

Estudo realizado sobre o perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido, relata que apesar dos partos no Brasil ocorrerem predominantemente em ambientes hospitalares (98,4%) e serem assistidos em sua maioria por médicos (88,7%), os resultados são insatisfatórios se comparados a outras localidades no mundo que alcançaram coeficientes menores de mortalidade neonatal e infantil⁽⁴⁾.

Tal situação tem sido denominada de “paradoxo perinatal brasileiro”, em que há intensa medicalização do parto e nascimento com manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal, possivelmente relacionadas à baixa qualidade da assistência e utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas, que podem repercutir sobre os resultados perinatais⁽⁴⁾.

Diante do exposto o presente estudo tem como objetivo analisar a mortalidade neonatal precoce e a assistência ofertada à mulher e ao recém-nascido em uma maternidade pública de Fortaleza, Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, documental, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na maternidade do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), localizado na cidade de Fortaleza, Ceará. Trata-se de um hospital terciário de alta complexidade que se dedica à assistência à saúde e ao ensino, sendo referência no Ceará nas áreas de

Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia.

A população foi composta por todos os casos de óbito neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), em partos assistidos na maternidade do HGCC, notificados no serviço de saúde no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018.

Foram incluídas todas as fichas de investigação de óbito dos neonatos com 0 a 6 dias de vida, que tenham ido ou não para unidade neonatal. Em contrapartida, os óbitos neonatais que não foram notificados e avaliados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil local foram excluídos do estudo.

A coleta de dados ocorreu durante o mês de janeiro de 2019, mediante análise das fichas individuais de investigação de óbito neonatal. Utilizou-se um instrumento tipo checklist, elaborado pelos pesquisadores com base na ficha de investigação de óbito, composto pelas seguintes variáveis de interesse: socioeconômicas e demográficas maternas (local de residência materna, raça/cor, escolaridade, situação conjugal e idade em anos), características reprodutivas progressas e atuais (paridade, morte neonatal anterior, prematuro prévio, tipo de gestação, quantidade de consultas pré-natal, antecedentes de risco, intercorrências na gestação ou no trabalho de parto), assistência ao trabalho de parto (tipo de parto, uso do partograma, medicações utilizadas, transferência do RN), condições gerais e assistência ao recém-nascido (sexo, idade gestacional, malformação congênita, internação em UTI neonatal, utilização de ventilação mecânica, uso de surfactante e Apgar no 1º e no 5º minuto de vida) e classificação do óbito em evitável ou não, de acordo com a análise do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil.

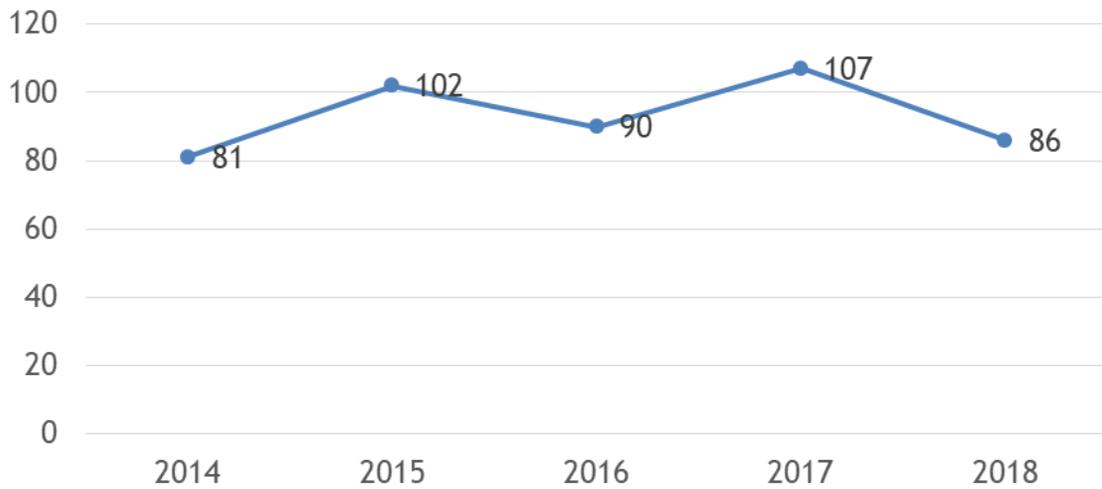
Os dados foram organizados em planilhas através do software *Microsoft Office Excel* e analisados estatisticamente no software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0. Realizou-se análise estatística descritiva, com apresentação dos dados absolutos e relativos em tabelas. Em seguida, procedeu-se a discussão das informações com base na literatura científica pertinente.

O projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê da Ética em Pesquisa do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), sob parecer de número 3.073.569. Com o propósito de atender aos aspectos éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, os pesquisadores garantiram o sigilo e o anonimato das vítimas notificadas no serviço de saúde, bem como se responsabilizaram pela fidedignidade na transcrição dos dados presentes nas fichas de notificação⁽⁵⁾.

RESULTADOS

No período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, a incidência de mortalidade neonatal precoce no Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) foi de 466 casos, sendo menor em 2014 (n = 81) e maior em 2017 (n = 107), com média de 93,2 mortes por ano (Gráfico 1). Ademais, obteve-se uma taxa de 24,61 mortes neonatais precoces por mil nascidos vivos.

Gráfico 01 - Incidência de mortalidade neonatal precoce por ano, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil.



A Tabela 01 apresenta as características socioeconômicas e demográficas das mães dos recém-nascidos que foram a óbito no período neonatal precoce, observando-se que a maior parte

delas é oriunda de municípios do interior do Ceará, possui idade entre 18 e 34 anos, com a cor de pele parda, estado civil solteira e com ensino médio completo.

Tabela 01 - Mortalidade neonatal precoce, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, segundo características socioeconômicas e demográficas maternas. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Características	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Residência		
Capital	190	40,8%
Interior	275	59,0%
Ignorada	01	0,2%
Idade		
< 18 anos	41	8,8%
18 a 34 anos	348	74,7%
> 34 anos	77	16,5%
Raça/cor		
Branca	07	1,5%
Parda	394	84,5%
Negra	03	0,6%
Outras	02	0,4%
Ignorada	60	13,0%
Estado civil		
Solteira	226	48,5%
Casada ou união estável	187	40,1%
Viúva	01	0,2%
Divorciada	02	0,4%
Ignorado	50	10,8%
Escolaridade		
Sem educação formal	05	1,1%
Ensino fundamental	161	34,5%
Ensino médio	245	52,6%
Ensino superior	41	8,8%
Ignorada	14	3,0%

Com relação à avaliação da história obstétrica progressa e atual, houve maior frequência de mulheres primigestas (44,0%) e secundigesta (25,5%) e sem aborto prévio (78,5%). Além disso, destaca-se que 23,2% da amostra possuíam história de prematuridade prévia e 14,4% de morte neonatal anterior.

O tipo de gestação predominante foi a única (85,0%). O acompanhamento no programa de pré-natal foi realizado por 91,8% das mulheres. Quanto ao número de consultas, 62% (289 mulheres) realizaram de 1 a 5 consultas e apenas 29,8% (139 mulheres) realizaram 6 consultas ou mais. Ademais,

29 mulheres (6,2%) não realizaram nenhuma consulta de pré-natal.

Quanto aos antecedentes obstétricos de risco, 84,3% delas (393 mulheres) não apresentaram. Entretanto, dentre aquelas que apresentaram problema em gestação anterior, evidenciou-se maior incidência da Hipertensão Arterial Sistêmica. Já em relação à gestação atual, 98,5% das mulheres apresentaram alguma intercorrência na gestação. Destas, 40,6% apresentaram trabalho de parto prematuro (TPP), seguida pelas Infecções do Trato Urinário (20,4%) e, posteriormente, pelas alterações da HAS (9,0%).

Quando analisado as intercorrências durante o trabalho de parto, observou-se que 95,3% não tiveram qualquer tipo de intercorrência. No entanto,

dentre as intercorrências identificadas, destacaram-se as doenças hipertensivas, o prolapso de cordão e o acretismo placentário.

Tabela 02 - Mortalidade neonatal precoce, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, segundo características reprodutivas pregressas e atuais. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Características	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Gestações		
Primigesta	205	44,0%
Secundigesta	119	25,5%
Tercigesta ou mais	142	30,5%
Partos		
Apenas 1 parto	246	52,8%
> 1 parto	220	47,2%
Abortos		
Nenhum	366	78,5%
Apenas 1 aborto	72	15,5%
> 1 aborto	25	5,4%
Ignorado	03	0,6%
Morte neonatal anterior		
Não	399	85,6%
Sim	67	14,4%
Prematuro prévio		
Não	358	76,8%
Sim	108	23,2%
Número prematuros prévios		
Apenas 1	80	17,2%
Mais de 1	28	6,0%
Tipo de gestação		
Única	396	85,0%
Gemelar	68	14,6%
Trigemelar ou mais	02	0,4%
Número consultas pré-natal		
Nenhuma	29	6,2%
1 a 5	289	62,0%
6 ou mais	139	29,8%
Ignorado	09	2,0%
Antecedentes de risco		
Não	393	84,3%
Sim	73	15,7%
Principais antecedentes de risco		
Hipertensão Arterial Sistêmica	43	9,2%
Diabetes Mellitus	08	1,7%
Incompetência istmo cervical	10	2,1%
Ignorado	12	2,7%
Nenhum	393	84,3%
Intercorrências durante gestação		
Não	07	1,5%
Sim	459	98,5%
Principais intercorrências durante a gestação		
Trabalho de parto prematuro	189	40,6%
Infecção do trato urinário	95	20,4%
Hipertensão Arterial Sistêmica	42	9,0%
Ignorada	133	28,5%
Nenhuma	07	1,5%
Intercorrências durante parto		
Não	444	95,3%
Sim	22	4,7%
Principais intercorrências durante parto		
Hipertensão Arterial Sistêmica	08	1,7%
Prolapso de cordão	07	1,5%
Acretismo placentário	02	0,4%
Ignorada	05	1,1%
Nenhuma	444	95,3%

Houve maior incidência de partos vaginais na amostra analisada (56,0%). Sobre a assistência ao parto, observou-se o uso do partograma para acompanhar a evolução do trabalho de parto em 17,2% dos casos e o uso de medicação pela maioria das mulheres.

Após o nascimento, 65,9% dos recém-nascidos foram transferidos para alguma Unidade Neonatal, seja para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou para o Médio Risco Neonatal (MRn).

Tabela 03 - Mortalidade neonatal precoce, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, segundo assistência ao trabalho de parto. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Características	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Tipo de parto		
Vaginal	261	56,0%
Abdominal	205	44,0%
Uso de partograma		
Não	372	79,8%
Sim	80	17,2%
Ignorado	14	3,0%
Uso de medicação		
Ocitocina	341	73,2%
Antibióticos	206	44,2%
Misoprostol	21	4,5%
Corticoide	74	15,9%
Nenhuma	02	0,4%
Transferência de RN para Unidade Neonatal		
Não	159	34,1%
Sim	307	65,9%

Foi observada uma maior frequência das mortes neonatal precoce nos recém-nascidos do sexo masculino (52,4%). Grande parcela dos recém-nascidos (43,8%) tinha idade gestacional menor ou igual a 25 semanas e 43,3% entre 26 e 36 semanas. A presença de malformação congênita foi confirmada em 36,5% dos óbitos neonatais precoces analisados.

Quanto à assistência neonatal após o parto, observou-se que 50,2% foram intubados e

demandaram ventilação mecânica. Ademais, 87,8% dos recém-nascidos que foram a óbito não fizeram uso de surfactante. Quando analisado o Apgar, no 1º minuto de vida, observou-se a predominância do escore entre 0 a 3 pontos (61,8%). Já no 5º minuto de vida, destacaram-se o escore entre 0 a 3 pontos (38,2%), seguido de 7 ou mais pontos (35,6%).

Tabela 04 - Mortalidade neonatal precoce, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, segundo condições gerais e assistência ao recém-nascido. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Características	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sexo do recém-nascido		
Masculino	244	52,4%
Feminino	217	46,6%
Ignorado	05	1,0%
Idade gestacional		
≤ 25 semanas	204	43,8%
26 a 36 semanas	202	43,3%
≥ 37 semanas	60	12,9%
Malformação congênita		
Não	296	63,5%
Sim	170	36,5%
Utilização de ventilação mecânica		
Não	232	49,8%
Sim	234	50,2%
Uso de surfactante		
Não	409	87,8%
Sim	57	12,2%
Apgar no 1º minuto		
0 a 3	288	61,8%
4 a 6	120	25,8%
7 a 10	52	11,2%
Ignorado	06	1,2%
Apgar no 5º minuto		
0 a 3	178	38,2%
4 a 6	116	24,9%
7 a 10	166	35,7%
Ignorado	06	1,2%

Dos 466 óbitos neonatais precoces investigados no referido serviço hospitalar, entre os anos de 2014 e

2018, 61,8% (288 óbitos) foram classificados como óbitos evitáveis e 178 como não evitáveis.

DISCUSSÃO

Pesquisa realizada nas principais maternidades do Brasil aponta o Nordeste como a região com maior número absoluto de mortes neonatais e a segunda maior quanto à taxa de mortalidade neonatal. Ademais, confirma que a taxa de mortalidade neonatal é maior em municípios fora da capital dos estados brasileiros⁽⁴⁾. Assim, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, evidenciada pelo tempo gasto de casa para o hospital maior que 60 minutos, mostra-se significativamente associado à mortalidade neonatal⁽⁶⁾.

Ao considerar as características maternas, o presente estudo observou predomínio de mães com idade entre 18 e 34 anos (74,7%) e com a cor de pele parda (84,5%). Estudo epidemiológico paranaense não constatou diferença significativa entre a raça/cor materna e o óbito neonatal precoce. No entanto, apontou maior chance de óbito neonatal precoce entre mães com idade até 19 anos e as que apresentavam 35 anos ou mais, quando comparadas às mães de 20 a 34 anos de idade⁽⁷⁾.

A maior parte da amostra era solteira (48,5%), seguida das casadas ou com união estável (40,1%). Quanto à escolaridade materna, observou-se que a maioria possuía o ensino médio completo, perfazendo um total de 52,6%. Ressalta-se ainda que 1,1 % delas não possuíam educação formal e que 8,8% concluíram o ensino superior. Pesquisa realizada em Salvador sobre os fatores associados à mortalidade neonatal precoce aponta que a maioria das mulheres era solteira e tinha baixa escolaridade⁽⁸⁾.

Com relação à avaliação da história obstétrica progressa e atual, houve maior frequência de mulheres primigestas (44,0%) e secundigesta (25,5%) e sem aborto prévio (78,5%). Resultado similar foi encontrado no estado de São Paulo, onde se obteve que a maior parcela das mulheres era primigesta ou secundigesta⁽⁹⁾.

Além disso, os resultados deste estudo revelam um número significativo de prematuridade prévia e de morte neonatal anterior, atingindo os percentuais de 23,2% e 14,4%, respectivamente. Neste contexto, a história obstétrica configura-se como uma importante informação para direcionar os profissionais de saúde no cuidado e planejamento da gestação atual, exigindo maior cautela e investigação frente ao novo período gravídico.

A literatura aponta a precária assistência pré-natal como um dos principais fatores de risco para a ocorrência de morte neonatal precoce^(3,6). O acompanhamento no programa de pré-natal foi realizado pela maioria das mulheres (91,8%), no entanto 62% (289 mulheres) realizaram de 1 a 5 consultas e apenas 29,8% (139 mulheres) realizaram o quantitativo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde (6 consultas ou mais). Ademais, 29 mulheres (6,2%) não realizarão nenhuma consulta de pré-natal.

Sabe-se que o acompanhamento rigoroso durante o pré-natal permite a identificação e intervenção precoces no sentido de minimizar danos à saúde materno-infantil. Sendo assim, a garantia de assistência pré-natal de qualidade adequadamente conduzida e a organização da assistência em sistemas

Early neonatal mortality and assistance to women..

hierarquizados e regionalizados de forma a garantir acessibilidade à gestante, podem detectar doenças maternas e fetais, melhorando assim a possibilidade de sobrevivência do recém-nascido e reduzindo a prevalência de retardo do crescimento intrauterino, a prematuridade e a ocorrência de baixo peso ao nascer⁽⁶⁾.

Dentre os fatores que influenciam o crescimento intrauterino está a gemelaridade. No presente estudo, o tipo de gestação predominante foi a única (85,0%), sendo que 14,6% das mulheres haviam desenvolvido gestação gemelar. Embora seja menos frequente, a gestação gemelar é apontada como um fator de risco que possui forte associação com a morte neonatal⁽⁴⁾.

Dentre as mulheres que apresentaram problema em gestação anterior, evidenciou-se maior incidência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A HAS é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Apresenta proporção elevada nas regiões Norte e Nordeste em relação ao Sudeste, Sul e Centro-Oeste⁽¹⁰⁾.

Já em relação a gestação atual, a maioria das mulheres (98,5%) apresentou alguma intercorrência na gestação, com destaque para o trabalho de parto prematuro (TPP) (40,6%) e as Infecções do Trato Urinário (20,4%). Sabe-se que se não tratada de forma adequada, a Infecção do Trato Urinário (ITU) poderá contribuir complicações severas como o trabalho de parto prematuro⁽¹¹⁾. Mais uma vez observa-se a importância da realização de um pré-natal de qualidade, já que esta é uma alteração facilmente detectada e tratada na Atenção Primária à Saúde.

Houve maior incidência de partos vaginais na amostra analisada (56,0%). Neste contexto, estudo realizado em uma capital nordestina sobre os fatores associados à mortalidade neonatal precoce identificou que a maior proporção de óbitos ocorreu em recém-nascidos cujas mães tiveram parto vaginal, tendo a cesárea aparentemente um comportamento de fator de proteção, uma vez que se observou menor taxa de mortalidade em recém-nascidos de mulheres que tiveram esse tipo de parto⁽⁸⁾.

É importante ressaltar que o maior número de partos vaginais e sua possível relação com a mortalidade neonatal precoce pode estar interligado aos casos de trabalho de parto prematuro, no qual a conduta é expectante, o que pode favorecer a evolução para o parto vaginal.

Sobre a assistência ao parto, observou-se que na grande maioria dos partos (79,8%) o partograma não foi preenchido pelos profissionais. O partograma apresenta-se como uma ferramenta para avaliar a evolução do parto: dilatação cervical, descida da apresentação, posição fetal, variedade de posição, frequência cardíaca fetal, contrações uterinas, infusão de líquido e analgesia⁽¹²⁾.

Dessa forma, a análise completa dessas variáveis permite identificar possíveis complicações e determinar a evolução normal ou anormal do trabalho de parto. Lansky e colaboradores confirmam a pouca utilização do partograma no Brasil e

apontam associação entre a não utilização de partograma e à ocorrência do óbito neonatal⁽⁴⁾.

Outra informação relevante refere-se ao uso de medicação antes ou durante o parto. Constatou-se que 73,2% das mulheres fizeram uso de ocitocina e 44,2% de antibioticoterapia, o que pode estar relacionado à ruptura prematura das membranas amnióticas. A maioria das mulheres utilizou outras medicações e apenas duas não fizeram uso de medicamentos.

Após o nascimento, 65,9% dos recém-nascidos foram transferidos para alguma Unidade Neonatal, seja para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou para o Médio Risco Neonatal (MRn).

Foi observado uma maior frequência das mortes neonatal precoce nos recém-nascidos do sexo masculino (52,4%). Resultados semelhantes foram encontrados na literatura^(3,6-7,13), verificando-se maior chance de óbito neonatal precoce para o sexo masculino.

Grande parcela dos recém-nascidos (43,8%) tinha idade gestacional menor ou igual a 25 semanas e 43,3% entre 26 e 36 semanas, sendo que apenas 12,9% apresentaram idade gestacional maior ou igual a 37 semanas. Estudos nacionais corroboram com os achados desta pesquisa ao afirmar que as maiores taxa de mortalidade neonatal ocorrem entre crianças prematuras^(4,8).

A presença de malformação congênita foi confirmada em 36,5% dos óbitos neonatais precoces analisados. Estudo realizado em Cuiabá, no Mato Grosso, concluiu que as crianças com malformação congênita foram as que apresentaram maior chance de óbito no período neonatal⁽³⁾.

No Brasil, as malformações congênitas representam a segunda causa básica de morte neonatal, na sequência das afecções originadas no período perinatal. Os óbitos decorrentes de malformações congênitas são de difícil redução, pois a maioria tem causa não evitável e etiologia desconhecida, embora as malformações relacionadas ao defeito de fechamento do tubo neural possam ser evitadas com a suplementação medicamentosa com ácido fólico no período pré-concepcional, que depende da orientação dos profissionais de saúde⁽¹⁴⁾.

Quanto à assistência neonatal após o parto, observou-se que 50,2% foram intubados e demandaram ventilação mecânica. Ademais, 87,8% dos recém-nascidos que foram a óbito não fizeram uso de surfactante, que é essencial para a função normal dos pulmões e aumenta a sobrevida nos recém-nascidos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Pesquisa nordestina relaciona a necessidade de intubação traqueal ao aumento da chance de óbito em 95,0% e recomenda o uso do surfactante como protetor, aumentando a sobrevida em 46,0%⁽¹⁷⁾. A ventilação pulmonar mecânica mostrou-se associado ao óbito neonatal hospitalar, o que pode sugerir que os recém-nascidos avaliados na pesquisa necessitaram de suporte ventilatório invasivo em associação a outra manobra de reanimação neonatal, devido à situação de risco clínico após o nascimento⁽⁴⁾.

Quando analisado o Apgar, no 1º minuto de vida, observou-se a predominância do escore entre 0 a 3 pontos (61,8%). Já no 5º minuto de vida,

Early neonatal mortality and assistance to women..

destacaram-se o escore entre 0 a 3 pontos (38,2%), seguido de 7 ou mais pontos (35,6%). Estudo realizado na Suécia, entre 2000 e 2002, ao analisar 156 neonatos pré-termos com 23 e 24 semanas de idade gestacional, identificou associação de baixos escores de Apgar no 5º minuto com a mortalidade neonatal nas primeiras 24 horas de vida⁽¹⁸⁾.

Migoto e colaboradores concluíram que os principais fatores determinantes do óbito neonatal precoce relacionados às características do recém-nascido são: sexo masculino, baixo peso ao nascer, prematuridade, Apgar menor que sete no quinto minuto de vida e presença de anomalia congênita⁽⁷⁾. Já estudo realizado na Indonésia apontou que a mortalidade neonatal está diretamente associada com asfixia, prematuridade e baixo peso ao nascer⁽¹⁹⁾.

Destaca-se que ao final da investigação de óbito realizada pelo Comitê de Ética do Hospital Geral Dr. César Cals é anexado o parecer do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materno e Infantil, no qual classificam a morte do recém-nascido em evitável ou não evitável. Dos 466 óbitos neonatais precoces investigados no referido serviço hospitalar, entre os anos de 2014 e 2018, 61,8% (288 óbitos) foram classificados como óbitos evitáveis e 178 como não evitáveis, o que revela a urgente necessidade de melhorar a atenção ao pré-natal e ao parto nos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

A ausência do preenchimento do partograma por parte dos profissionais destaca-se como um dos principais pontos negativos na assistência à mulher em trabalho de parto. Seu baixo custo, bem como a fácil utilização e apresentação gráfica para a documentação da evolução do trabalho de parto o torna um instrumento importante de segurança por evitar as intervenções desnecessárias, como a realização de cesarianas sem indicação, e os trabalhos de parto prolongados frente ao diagnóstico precoce das distócias.

Outro ponto de grande relevância é a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais que lidam com as mulheres no período gravídico-puerperal. Observa-se a necessidade dos profissionais realizarem suas atividades e condutas com embasamento científico.

Tendo isso em vista, a pesquisa revelou a possível relação entre a qualidade da assistência às mães e aos recém-nascidos no período gravídico-puerperal e a ocorrência do óbito neonatal precoce, evidenciando a importância da reorganização de políticas públicas de saúde que contribuam para a diminuição dessas características de risco, com o intuito de qualificar a assistência à saúde materna e infantil.

REFERÊNCIAS

1. França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. Demografia e saúde: contribuição para

2. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Estatísticas Vitais [Internet]. 2019 [acesso em: Jun. 13 2019]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?ar=ea=0205&id=6938&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10>
3. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Fatores de risco maternos e infantis associados à mortalidade neonatal. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2016; 25(4):e2290015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002290015>
4. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014; 30(sup):192-207. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>
5. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
6. Nascimento RM, Leite AJM, Almeida NMGS, Almeida PC, Silva CF. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012; 28(3):559-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300016>
7. Migoto MT, Oliveira RP, Silva AMR, Freire MHS. Mortalidade neonatal precoce e fatores de risco: estudo caso-controle no Paraná. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2018; 71(5):2675-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0586>
8. Soares ES, Menezes GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise da situação no nível local. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2010; 19(1):51-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000100007>
9. Daripa M, Caldas HMG, Flores LPO, Waldvogel BC, Guinsburg R, Almeida MFB. Asfixia perinatal associada à mortalidade neonatal precoce: estudo populacional dos óbitos evitáveis. Rev Paul Pediatr. [Internet]. 2013; 31(1):37-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000100007>
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica 32. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
11. Mata KS, Santos AAP, Silva JMO, Holanda JBL, Silva CL. Complicações causadas pela infecção do trato urinário na gestação. Rev Espaço Saúde [Internet]. 2015; 15(5):57-63. Disponível em: <http://espacoparasaudefpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/549>
12. Lucena TS, Santos AAP, Morais RJL. Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. Rev Fund Care Online [Internet]. 2019; 11(1):222-7. Disponível em:
- Early neonatal mortality and assistance to women.. <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7003>
13. Castro ECM, Leite AJM, Guinsburg R. Mortalidade com 24 horas de vida de recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso da região Nordeste do Brasil. Rev Paul Pediatr. [Internet]. 2016; 34(1):106-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2015.12.008>
14. Santos HG, Andrade SM, Silva AMR, Mathias TAF, Ferrari LL, Mesas AE. Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos. Ciên Saúde Coletiva [Internet]. 2014; 19(3):907-16. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/mortes-infantis-evitaveis-por-intervencoes-do-sistema-unico-de-saude-comparacao-de-duas-coortes-de-nascimentos/12232>
15. Frias PG, Navarro LM, Gama SGN, Torres RMC, Bittencourt SDA. Outros sistemas de informação em saúde e indicadores de saúde. In: Bittencourt DAS, Dias MAB, Wakimoto MD (Orgs). Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro: EAD/ENSP. 2013:171-200. Disponível em: http://ensp.fiocruz.br/vomif/assets/pdf/material/livro_texto.pdf
16. Escobar ML, Ortiz JL, Sánchez JJB. Estrategia ventilatoria en neonatos que recibieron terapia de reemplazo de surfactante. Acta Colomb Cuid Intensivo [Internet]. 2018; 18(2):77-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.acci.2018.01.005>
17. Silva CF, Leite AJM, Almeida NMGS, Leon ACMP, Olofin I, et al. Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste brasileiro. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014; 30(2):355-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050013>
18. Forsblad K, Kallen K, Marsal K, Hellström-Westas L. Short-term outcome predictors in infants born at 23-24 gestational weeks. Acta Paediatr. [Internet]. 2008; 97(5):551-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00737.x>
19. Listiane FRM, Salimo H, Murti B. Path analysis on the biological and social economic determinants of neonatal death in Bantul District, Yogyakarta. Matern Child Health J. [Internet]. 2018; 3(2):91-9. Disponível em: <https://media.neliti.com/media/publications/235280-path-analysis-on-the-biological-and-social-economic-determinants-of-neonatal-death-in-bantul-district-yogyakarta/e5d2ce53.pdf>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2019/11/24

Accepted: 2020/04/27

Publishing: 2020/07/16

Como citar este artigo:

Nascimento MICS, Veloso C, Falcão TG, Falcão EG. Mortalidade neonatal precoce e a assistência às mulheres e aos recém-nascidos em uma maternidade pública. Rev. Enferm. UFPI [Internet]. 2020 [acesso em: dia mês abreviado ano];9:e9209.

doi: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.9209>



Corresponding Address

Caique Veloso

Rua seis, Residencial Maria Luísa Parente, 6204
Bairro Lourival Parente, Teresina, Piauí, Brasil. CEP:
64023-638.

Telefone: (86) 99816-6853

E-mail: caiqueveloso3@hotmail.com

Universidade Federal do Piauí, Teresina.