

Perfil de recém-nascidos vivos com óbito neonatal precoce em maternidade terciária de Fortaleza

Profile of live newborns with early newborn death in tertiary maternity in Fortaleza

Marcos Paulo Fernandes Patrício^{1,2}.

Mara Larissa Alves Marques^{1,2}.

Maria Márcia Trajano Fontenele¹.

Liliana Soares Nogueira Paes¹.

1 Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

2 Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Conhecer perfil da mortalidade neonatal em uma maternidade terciária de Fortaleza. **Metodologia:** Estudo de coorte, retrospectivo, observacional, a partir de dados coletados nos prontuários de pacientes nascidos em 2019 em fase hospitalar na Maternidade Escola Assis Chateaubriant, em Fortaleza, Ceará. **Resultados:** Entre 4487 nascidos vivos, 89 óbitos neonatais precoces (menos de 7 dias completos) foram identificados. As principais causas básicas foram prematuridade extrema (43,82%), malformações (25,84%) e trabalho de parto prematuro (7,87%). Anencefalia foi a malformação mais prevalente, chegando a 12,36% (11) do total de óbitos. **Conclusão:** A taxa de mortalidade neonatal foi similar em relação à reportada na literatura, sendo a prematuridade a principal causa de óbito neonatal. A redução da prematuridade, o reforço a atenção à saúde da mulher e a promoção da qualidade de vida são fundamentais para a melhoria dos nossos índices de mortalidade infantil.

Palavras-chave: Recém-Nascido Prematuro. Mortalidade Infantil. Mortalidade Neonatal Precoce.

ABSTRACT

Objective: To identify the neonatal mortality profile in a tertiary maternity hospital in Fortaleza. **Methodology:** Cohort, retrospective, observational study, based on data collected from the medical records of patients born in 2019 in the hospital phase at Maternidade Escola Assis Chateaubriant in Fortaleza, Ceará. **Results:** Among 4487 live births, 89 early neonatal deaths (less than 7 completed days) were identified. The main underlying causes were extreme prematurity (43.82%), malformations (25.84%), and premature labor (7.87%). Anencephaly was the most prevalent malformation, reaching 12.36% (11) of the total number of deaths. **Conclusion:** The neonatal mortality rate was similar compared to that reported in the literature, with prematurity being the main cause of neonatal death. Reducing prematurity, strengthening women's health care and promoting quality of life are fundamental to improving our infant mortality rates.

Keywords: Infant, Premature. Infant Mortality. Early Neonatal Mortality.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos da licença Creative Commons CC BY.

Autor correspondente: Marcos Paulo Fernandes Patrício, Rua Bruno Porto, 555, Parque Iracema, Fortaleza, Ceará. CEP: 60824-010. E-mail: marcosp.f@gmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 07 Feb 2022; Revisado em: 24 Set 2022; Aceito em: 09 Mai 2024.

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil (MI) é o número de óbitos em menores de um ano de vida e compreende os períodos neonatal precoce (0 - 6 dias de vida), neonatal tardio (7 - 27 dias) e pós-natal (28 dias ou mais). A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um importante indicador de saúde e socioeconômico já que reflete qualidade dos sistemas de saúde, desenvolvimento regional e condições de vida daquele território definido.^{1,2}

O componente neonatal da MI denota as condições de assistência à saúde materna, ao ambiente ao qual foi exposta e atenção ao pré-natal, parto e ao recém-nascido (RN).^{1,2} Já o cenário de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura do ambiente materno-infantil, que podem determinar situações em que a criança esteja exposta a situação de risco nutricional e infecções, são mais relevantes para o componente pós-neonatal e elevação de mortalidade infantil.² Desse modo, o componente pós-neonatal é mais suscetível a medidas de saúde coletiva, estratégias de distribuição de renda e ampliação da atenção primária com melhoria do acesso aos serviços de saúde.^{2,3}

Ao longo dos anos, existe no país uma redução de óbitos infantis, assim como em outras regiões do mundo, conforme compromisso firmado pelos governos integrantes às Nações Unidas como a meta 4 dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”.⁴ A ampliação das medidas de saúde coletiva como saneamento, melhores condições de vida, vacinação entre outras determinaram uma queda mais acelerada dos óbitos em crianças do período pós-neonatal, deixando o componente neonatal mais relevante. Este último reflete a deficiência da assistência pré-natal, desconexão de parto e pré-natal, bem como a baixa qualidade dos cuidados assistenciais neonatais oferecidos a população em risco já que a maioria dos óbitos são hospitalares e assistidos por médicos.^{4,5}

Nesse aspecto, seria um bom reflexo dos investimentos na qualidade da atenção integral à saúde materna, da assistência ao parto e dos cuidados ao recém-nascido.^{6,7} A carência nessa linha de cuidado tem impacto importante na sociedade,

afeta a criança nos primeiros dias de vida e pode determinar consequências desastrosas ao bebê, a família e ao sistema de saúde com altos custos tanto no tratamento com terapias de reabilitação e estimulação precoce para minimizar o comprometimento do desenvolvimento desses indivíduos.^{6,7}

Conhecer o perfil de recém-nascidos vivos com óbito neonatal precoce em maternidade terciária pode evidenciar as situações mais críticas e oferecer subsídios para melhoria da assistência e prevenção de óbitos. Dessa forma, nortear investimentos em políticas públicas de saúde que promovam a redução da mortalidade infantil e refletindo um incremento da qualidade de vida da população afetada.^{6,7}

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de coorte,⁸ retrospectivo, observacional, a partir de dados coletados nos prontuários de pacientes nascidos em 2019 em fase hospitalar a partir de questionário com variáveis maternas, neonatais e assistenciais. Foram incluídos no trabalho todos os nascidos vivos na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) em Fortaleza no período de estudo 01/01/19 a 31/12/19 que foram a óbito entre 0 e 6 dias de vida. Entre 4487 nascidos vivos em 2019, foram identificados 89 óbitos neonatais precoces. Os dados levantados foram tabulados no programa Excel e analisados utilizando-se o programa RedCap (*Research Electronic Data Capture*). Esse trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da MEAC conforme parecer 4.312.708.

RESULTADOS

A idade materna variou de 13 a 45 e mediana de 26 anos de vida. No tocante a escolaridade, foram encontrados registros em apenas 43 (47,8%) do total mostrando mediana 9 anos de estudo, variando entre 4 e 16 anos. Em sua maioria procedentes de Fortaleza (56,2%). As múltiparas foram predominantes (52,8%). Em relação ao número de natimortos, partos prematuros prévios e mortes neonatais prévias, não foram encontradas informações consistentes por falta de registro (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil de recém-nascidos vivos com óbito neonatal precoce em 2019.

Variáveis Maternas	
Idade (em anos)	Min: 13
	Max: 45
	Média: 26,36
Escolaridade (em anos de estudo)	Min: 4
	Max: 16
	Média: 9,77
Procedência	Fortaleza (50, 56,2%)
	Outros (38, 42,7%)
	Ignorado (1, 1,1%)

Continua.

Continuação.

Tabela 1. Perfil de recém-nascidos vivos com óbito neonatal precoce em 2019.

Variáveis Maternas	
Paridade	Múltipara (47, 52,8%), Primípara (42, 47,2%)
Natimorto prévio	Sim (5, 5,6%) Não (73, 82,0%) Ignorado (11, 12,4%)
Morte neonatal prévia	Sim (3, 3,4%) Não (75, 84,3%) Ignorado (11, 12,4%)
Prematuro prévio	Sim (6, 6,7%) Não (71, 79,8%) Ignorado (12, 13,5%)
Pré-natal	Sim (67, 75,3%) Não (17, 19,1%) Ignorado (5, 5,6%)
Ultrassonografia pré-natal	Sim (76, 85,4%) Não (7, 7,9%) Ignorado (6, 6,7%)
Tipo de gestação	Única (70, 78,7%) Múltipla (19, 21,3%)
Tipo de parto	Vaginal (57, 64,0%) Cesariana (32, 36,0%)
Indicação de cesariana	Descolamento Prematuro de Placenta (5, 26,32%) Doença Hipertensiva da Gestação (8, 42,11%) Sofrimento Fetal Agudo (4, 21,05%) Gemelaridade (2, 10,53%)
Corticoide antenatal	Sim (25, 28,4%) Não (63, 71,6%)
Rotura Anteparto de Membranas Oculares (RAMO)	Sim (19, 22,1%) Não (67, 77,9%)
Tempo de RAMO (em horas)	Min. 6 Max. 2160 Média. 355,12 Ignorado 2
Características do líquido amniótico (segundo descrição do médico assistente em prontuário)	Claro (25, 89,3%) Meconial Fluido (3, 10,7%) Meconial Espesso (0, 0,0%)

Continua.

Continuação.

Tabela 1. Perfil de recém-nascidos vivos com óbito neonatal precoce em 2019.

Variáveis Neonatais			
Idade gestacional ao nascer pelo melhor método (US precoce, <i>New Ballard</i> , <i>DUM</i>)	Min	16	
	Max	41,84	
	Média	26,11	
Apgar (escore registrado em prontuário pelo médico assistente) 1º min	Min	0	
	Max	8	
	Média	2,56	
Apgar (escore registrado em prontuário pelo médico assistente) 5º min	Min	0	
	Max	10	
	Média	3,22	
Sexo		Feminino (39, 43,8%)	
		Masculino (44, 49,4%)	
		Ignorado (6, 6,7%)	
Peso de nascimento (em gramas)	Min	115	
	Max	4.370	
	Média	901,72	
Peso para idade gestacional (segundo a curva Inter-Growth 21st)		PIG (12, 30,8%)	
		AIG (25, 64,1%)	
		GIG (2, 5,1%)	
Perímetro cefálico (em centímetros)	Min	13	
	Max	45	
	Média	22,55	
Comprimento (cm)	Min	18	
	Max	57	
	Média	30,69	
Idade cronológica ao morrer em horas	Min	0,03	
	Max	248,08	
	Média	17,19	
Idade corrigida ao morrer (em semanas)	Min	16	
	Max	41,84	
	Média	26,3	
Causa imediata	Prematuridade extrema	37	41,57%
	Malformação congênita	13	14,61%
	Asfixia perinatal	11	12,36%
	Hemorragia pulmonar	6	6,74%
	Síndrome de desconforto respiratório	5	5,62%
	Choque séptico	3	3,37%
	Choque cardiogênico	2	2,25%
Choque hipovolêmico	2	2,25%	

Continua.

Continuação.

Tabela 1. Perfil de recém-nascidos vivos com óbito neonatal precoce em 2019.

Variáveis Neonatais			
Causa Imediata	Insuficiência respiratória	2	2,25%
	Abortamento inevitável	1	1,12%
	Aborto por razões médicas e legais	1	1,12%
	Descolamento prematuro de placenta	1	1,12%
	Enterocolite	1	1,12%
	Insuficiência cardíaca	1	1,12%
	Necropsia	1	1,12%
	Parada cardíaca	1	1,12%
	Pneumotórax	1	1,12%
Causa Básica	Prematuridade extrema	39	43,82%
	Malformações	23	25,84%
	Trabalho de parto prematuro	7	7,87%
	Descolamento prematuro	4	4,49%
	Asfixia perinatal	3	3,37%
	Pré-eclâmpsia Grave	3	3,37%
	Incompetência cervical	2	2,25%
	Abortamento inevitável	1	1,12%
	Abortamento provocado	1	1,12%
	Corioamnionite	1	1,12%
	Restrição de crescimento	1	1,12%
	Gemelaridade	1	1,12%
	Causa definida em necropsia	1	1,12%
	Oligoâmnio	1	1,12%
	Síndrome hellp	1	1,12%
	Síndrome de desconforto respiratório	1	1,12%
	Variáveis Assistenciais		
Reanimação em sala de parto definida como necessidade	VPP (1, 1,1%)		
	VPP com O2 (3, 3,4%)		
	Intubação (23, 25,8%)		
	Avançada (14, 15,7%)		
	Não (48, 53,9%)		
Clampeamento oportuno	Sim (2, 2,2%)		
	Não (87, 97,8%)		
Contato pele a pele imediato	Sim (2, 2,2%)		
	Não (87, 97,8%)		
Estímulo à amamentação na primeira hora.	Sim (0, 0,0%)		
	Não (89, 100,0%)		

Continua.

Continuação.

Tabela 1. Perfil de recém-nascidos vivos com óbito neonatal precoce em 2019.

Variáveis Assistenciais		
Uso de surfactante	Sim até 1h de vida. (9, 10,1%)	
	Sim > 1h de vida. (13, 14,6%)	
	Não (26, 29,2%)	
	NA (41, 46,1%)	
Cateterismo Umbilical	Venoso (26, 29,9%)	
	Arterial (0, 0,0%)	
	Ambos (5, 5,7%)	
	NA (56, 64,4%)	
Saturação da Adm. UTIN	>95% (11, 12,4%)	
	>95-88% (6, 6,7%)	
	< 88% (11, 12,4%)	
	Ignorado. (6, 6,7%)	
	NA (55, 61,8%)	
Temperatura	Primeira medida em SP:	
	Min 34,4°C	
	Max 37,5 °C	
	Média 36,5 °C	
	Admissão em UTIN:	
	Min 34,4°C	
	Max 37,3 °C	
	Média 36,17 °C	
	Glicemia	Primeira Glicemia:
		Min 24
Max 148		
Média 86,96		
Horas de vida:		
Min 1		
Max 54		
Média 7,26		
Flush:		
Sim (2, 7,7%)		
Não (24, 92,3%)		
Gasometria	Sim (14, 53,8%)	
	Não (12, 46,2%)	
Lactato	Min 0,8	
	Max 19	
	Média 5,88	
Primeira hemocultura	Negativa. (2, 66,7%)	
	Positiva. (1, 33,3%)	

Continua.

Conclusão.

Tabela 1. Perfil de recém-nascidos vivos com óbito neonatal precoce em 2019.

Variáveis Assistenciais	
Nutrição parenteral	Sim até 1h de vida. (2, 8,0%)
	Sim > 1h de vida. (12, 48,0%)
	Não (11, 44,0%)
Nutrição enteral – início (tempo em horas)	Min 4
	Max 25
	Média 14,57
Colostroterapia:	Sim (4, 14,3%),
	Não (24, 85,7%)
PICC/Acesso Venoso Central	Sim (3, 10,7%)
	Não (25, 89,3%)
Hemocomponentes	Concentrado de hemácias (7, 70,0%)
	Plaquetas (3, 30,0%)
	Plasma (1, 10,0%)
	Outros: (2, 20,0%)
Modo inicial de ventilação invasiva	TCPL A/C (24, 100,0%)
	TCPL SIMV (0, 0,0%)
	VG (0, 0,0%)
CPAP	Sim (2, 6,5%),
	Não (29, 93,5%)
Ecocardiograma	Sim (0, 0%)
	Não (89, 100%)
Uso de Óxido Nítrico	Sim (2, 2,2%)
	Não (87, 97,8%)
Cirurgia no Período Neonatal Precoce	Sim (2, 2,2%)
	Não (87, 97,8%)

VPVP: ventilação com pressão positiva; NA: não se aplica; ADM.: admissão; SP: sala de parto; PICC : cateter venoso central de inserção periférica; TCPL A/C: ventilação ciclada a tempo limitada a pressão assisto-controlado; VG: ventilação com volume garantido; CPAP: pressão contínua em vias aéreas.

O atendimento pré-natal foi uma realidade de 67 pacientes (75,3%) de um total de 88 registros encontrados, e o acesso à ultrassonografia durante algum momento do pré-natal foi possível para 76 (85,4%). A gestação múltipla ocorreu em 21,3% dos casos e via de parto foi principalmente vaginal (64%). Estes últimos indicados por pré-eclâmpsia grave (6, 18,7%), Descolamento prematuro de placenta (5, 15,6%), sofrimento fetal agudo (5, 15,6%), múltiplas malformações fetais (4, 12,5%), síndrome HELLP (3, 9,4%), anencefalia (2, 6,2%), prolapso de cordão umbilical (1, 3,1%), placenta prévia (1, 3,1%), anidramnia (1, 3,1%) e gestação gemelar pélvica (1, 3,1%). Fórceps foi utilizado em apenas 1 (3,1%) procedimento. A ruptura anteparto de membranas ovulares foi registrada em 22,1% (19) dos casos. Foi realizado corticoide antenatal em 28,4% dos casos.

A idade gestacional ao nascer variou entre 16 semanas e 41 semanas 6 dias, sendo 45 (50,6%) prematuros < 23 semanas; 19 (21,3%) entre 23 e 28 semanas, 8 (9%) entre 28 e 34 semanas, 8 (9%) entre 34 e 37 semanas e 9 (10,1%) recém-nascidos com 37 ou mais semanas de vida. Não foram encontrados registros de pós-termos.

A vitalidade neonatal apresentou um escore de Apgar ao final do primeiro minuto com variação de 0-8 e média de 2,6. No quinto minuto, variação de 0 -10 e média 3,2. Necessitaram de ventilação com pressão positiva (VPP) 1,1% (1), VPP com oxigênio 3,4% (3), intubação 25,8% (23), reanimação avançada 15,7% (14) e não reanimação em 48 (53,9%). Nasceram do sexo feminino 39 (43,8%), masculino 44 (49,4%), ignorado 6 (6,7%). O peso mínimo foi 115g, o máximo 4370g e média 901,72g, onde

foram pequeno para idade gestacional 12 (30,8%), adequados para idade gestacional 25 (64,1%), grandes para idade gestacional 2 (5,1%). Apresentaram malformações 27 (31,4%).

Em relação às causas de óbito registradas na declaração de óbito (DO), destacam-se a prematuridade como causa imediata 37 (41,57%) e básica 39 (43,82%); as malformações representam como causa imediata 14 (15,73%) e básica 22, (24,72%) e asfixia perinatal, imediata 11 (12,36%) e básica 3 (3,37%).

Na população estudada, observamos que uso do surfactante foi indicado em 22 (24,7%) casos e 9 (40,9%) desses ainda na primeira hora de vida. O cateterismo umbilical foi apenas venoso (26, 37,0%) e arterial e venoso (5, 6,0%).

Em relação à temperatura em sala de parto, encontrados 23 registros com mínima de 35,5°C, máxima 37,5°C e média 36,5°C. Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), foram encontrados mínimo de 34,4°C, máximo de 37,3°C e

média de 36,2°C do total de 28 recém-nascido admitidos. Foram encontrados apenas 5 registros de hipoglicemia (glicemia < 50 mg/dL). 12 registros de lactato sérico variando entre 0,8 e 19 mmol/L (média 5,88 mmol/L).

DISCUSSÃO

No Brasil, observou-se uma redução de mortalidade infantil entre 2015 e 2019, segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). O que foi observado também na Região Nordeste e no Ceará (Tabela 2). O componente neonatal corresponde pelo maior percentual (77,27%) em 2019 e apresentou maior variação negativa entre 2015 e 2019: -9,06% contra -6,19% do período pós-natal. Nesse período analisado, a parcela neonatal precoce responde pelo maior número de óbitos em menores de 1 ano, chegando a 58,74% em 2019 (Tabela 3). A taxa de mortalidade infantil no Brasil em 2019 foi 12,38 por mil nascidos vivos com o componente neonatal precoce representando 6,45.

Tabela 2. Mortalidade Infantil no Brasil, Nordeste e Ceará entre 2015 e 2019.

Localidade	2015	2016	2017	2018	2019*	Varição
Brasil	25.423	24.373	24.432	23.902	23.282	-8,42%
Nordeste	8.270	7.927	8.032	7.782	7.449	-9,93%
Ceará	1.113	1.055	1.143	1.073	1.018	-8,54%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - junho de 2020.

Tabela 3. Mortalidade Infantil por grupo etário em percentual entre 2015 e 2019.

Percentual	2015	2016	2017	2018	2019*
Neonatal precoce	59,88%	58,78%	59,97%	59,35%	58,74%
Neonatal tardia	17,93%	18,16%	18,34%	18,79%	18,53%
Pós-neonatal	22,19%	23,06%	21,69%	21,86%	22,73%
Neonatal	77,81%	76,94%	78,31%	78,14%	77,27%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - junho de 2020.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o período neonatal também corresponde a maior parcela de óbitos infantis no mundo e, portanto, o período mais frágil da infância. Estão relacionados a prematuridade, intercorrências intraparto (como causa de asfixia), sepse e anomalias congênitas, mas difere de acordo com o grau de desenvolvimento socioeconômico. A prematuridade, asfixia perinatal e sepse são as causas mais importantes em nações em desenvolvimento. Já os países com melhores condições, têm uma parcela maior dedicada as anomalias congênitas.^{9,10} Essa disparidade sugere deficiência na qualidade da assistência pré-natal, parto e pós-natal como alvo para a melhoria da sobrevivência das crianças.

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand é referência na assistência a gestação de alto risco, com média de 9095,1 atendimentos médicos e de enfermagem por mês, com média mensal de 370,9 partos e percentual de cesarianas de 60,5% no ano de 2019. Nasceram em média 373,9 recém-nascido vivos por mês, computando 4487 bebês em 2019. Na população estudada, a taxa encontrada de óbitos neonatais precoce foi 19,4 por mil nascidos vivos reflexo do papel da maternidade como referência na unidade de saúde.

A idade materna foi apontada como fator influenciador do desfecho perinatal.¹⁰ Os resultados são piores em adolescentes e mulheres de idade tardia, quando comparado ao grupo entre 20 e 34 anos, com maior incidência de partos prematuros, asfixia

e baixo peso ao nascer.^{11,12} Existem evidências de início tardio ou menor adesão ao pré-natal, fragilidade social e infecções do trato urinário por mães adolescentes.^{13,14} Mães com idade mais tardia apresentam mais registros de malformações, intercorrências clínicas maternas e parto cirúrgicos.^{15,16} Encontramos que 58 (65,91%) óbitos ocorreram em mulheres com idade entre 20-35 anos o que vai de encontro ao descrito na literatura.^{17,18,19} Contudo, o local escolhido para estudo é uma maternidade terciária, referência para o pré-natal de alto risco que pode justificar essa distribuição.

A assistência Pré-natal é um componente da assistência materno e infantil com o objetivo de identificar, prevenir e intervir em situações que possam levar a desfechos desfavoráveis no parto ou neonatais. Envolve todo o conjunto de atividades de assistência integral a saúde da gestante. O modelo de assistência segue diretrizes diferentes no mundo, e, no Brasil, seguimos as orientações do Ministério da Saúde, por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, onde ficam recomendadas número mínimo de consultas e exames a serem realizados.²⁰⁻²³ Além disso, a atenção à gestante faz parte do grupo de atenção prioritária em unidades básicas de saúde.^{21,22,23} No Nordeste, apontou-se que as dificuldades socioeconômicas estão também associadas a um pré-natal de menor qualidade. Nesse grupo, foram identificadas menor idade materna, menor escolaridade, menor adesão a pré-natal e exposição a hábitos prejudiciais.^{21,22,23} Identificamos a ausência de pré-natal em 24,7% dos registros. No entanto, para avaliar a qualidade da assistência no pré-natal precisaríamos de um estudo mais específico e, por isso, não podemos determinar qualitativamente sua eficiência.

Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS),²⁴ as principais condições associadas ao óbito em faixa etária neonatal no Brasil e no Ceará são malformações congênitas, sepse neonatal, síndrome do desconforto respiratório, prematuridade e asfixia perinatal (Tabela 4). Contudo, no Ceará, a asfixia assume quase o dobro da relevância proporcional quando comparada o Brasil (Tabela 5). Fortaleza apresenta uma configuração semelhante ao Ceará, provavelmente, relacionada a sua importância como referência dentro do sistema de saúde estadual.

O presente estudo encontrou a prematuridade, as malformações e a asfixia perinatal como as principais causas imediatas conforme registro em DO. Respectivamente, 41,57%, 15,73% e 12,36% dos casos. As causas básicas foram prematuridade, malformações e trabalho de parto prematuro (43,82%, 24,72% e 5,62%). Vale destacar a anencefalia como malformação mais prevalente chegando a 12,36% (11) do total de óbitos e, provavelmente, reflexo do papel da MEAC na rede de atenção à saúde.

A prematuridade pode ser um desfecho relacionado as condições socioeconômicas ou falta de qualidade na assistência à saúde da mulher e pré-natal. Estudos apontam Doença Hipertensiva da Gestação, Ruptura Prematura de Membranas e pré-natal inadequado como suas principais causas.²⁵⁻³⁰ Observamos poucos registros em declarações de óbitos das causas que levaram ao parto prematuro. Por isso, entendemos que o adequado preenchimento pode fornecer informações para nortear ações preventivas e reduzir a incidência de prematuridade.³¹⁻³⁴

Tabela 4. Causas de Mortalidade neonatal no Brasil entre 2015 a 2019.

Causas	2015	2016	2017	2018	2019
Prematuridade e baixo peso ao nascer	1,716	1,606	1,565	1,555	1,862
Asfixia ao nascer	1,035	912	925	844	850
Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido	2,595	2,429	2,346	2,271	2,128
Malformações congênitas	5,285	5,124	5,216	5,232	5,248
Septicemia	2,929	2,692	2,691	2,457	2,502

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - junho de 2020.

Tabela 5. Causas de Mortalidade neonatal no Ceará entre 2015 a 2019.

Causas	2015	2016	2017	2018	2019
Prematuridade e baixo peso ao nascer	92	106	124	124	125
Asfixia ao nascer	88	72	65	79	79
Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido	152	129	117	91	85
Malformações congênitas	191	240	238	220	224
Septicemia	175	151	115	142	109

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - junho de 2020.

CONCLUSÃO

Diante dos dados colhidos, observamos que na MEAC apresenta um perfil próximo aos dados ao relacionados ao Ceará e ao Brasil. Nesse contexto, a prematuridade e suas complicações permanecem como fator mais importante de óbitos neonatais e por isso sua prevenção constitui um desafio para redução da mortalidade infantil devido ao caráter multifatorial envolvendo suas causas.

A conscientização sobre fatores de risco, o acesso a cuidados pré-natais adequados e a educação em saúde são fundamentais na luta contra a prematuridade. Ao promovermos estilos de vida saudáveis, incentivando a consulta pré-natal regular e oferecendo apoio às mães em situações de risco, podemos reduzir significativamente o número de nascimentos prematuros.

Nessa perspectiva, é necessário implementar a melhoria da qualidade da assistência integral para os casos em que ela seja inevitável, alimentando os sistemas por meio de informações de qualidade para que os serviços de saúde possam orientar a melhorar seus recursos para as ações preventivas. Contudo, observou-se carência de informações

quanto às causas maternas de prematuridade nas declarações de óbitos levantadas no estudo na MEAC.

Em face da importância de um registro preciso e completo, é fundamental enfatizar a necessidade de um adequado preenchimento das declarações de óbitos infantis neonatais. Esses documentos desempenham um papel crucial na compreensão e monitoramento das causas de mortalidade neonatal, permitindo a adoção de medidas efetivas para melhorar a saúde materno-infantil.

Ao registrar um óbito neonatal, é imprescindível que sejam contempladas tanto as causas relacionadas ao bebê quanto às causas maternas pertinentes. Isso garante uma visão abrangente das circunstâncias que levaram ao triste desfecho, possibilitando a identificação de fatores de risco, a análise epidemiológica e a implementação de estratégias preventivas.

Além disso, o preenchimento correto das declarações de óbito neonatal, com a inclusão adequada das causas maternas, contribui para o aprimoramento dos registros vitais e dos sistemas de saúde. Isso possibilita a produção de estatísticas confiáveis, a identificação de lacunas no cuidado materno-infantil e o direcionamento eficiente dos recursos e políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- Pedrosa LD, Sarinho SW, Ordonha MA. Óbitos neonatais: por que e como informar? *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2005;5(4):411–8.
- Carvalho BG, Costa MC. Mortalidade infantil e seus componentes em Salvador-BA, 1980-1991. *Inf Epidemiol SUS.* 1998;7(4):35-41.
- Ministério da Saúde (BR). Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal [Internet]. 2.ed. Brasília; 2009 [citado 10 out 2015]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf
- Lansky S, Friche AA, Silva AA, Campos D, Bittencourt SD, 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.* 2014;30(supl. 1):S192-207.
- Ribeiro VS, Silva AA. Tendências da mortalidade neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1979 a 1996. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(2):429-38.
- Guinsburg R. Redução da mortalidade neonatal: um desafio atual na agenda de saúde global e nacional. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(6):301–2.
- Ministério da Saúde (BR). Atenção à Saúde do Recém-Nascido - Guias para Profissionais de Saúde: cuidados gerais [Internet]. 2ª ed. Brasília; 2014 [acessado em 2020 jun. 22]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf
- Fernandes SM, Carneiro AV. Tipos de estudos clínicos. II. Estudos de Coorte. *Rev Port Cardiol.* 2005;24(9):1151-8.
- WHO. Disease burden and mortality estimates. WHO-MCEE estimates for child causes of death 2000–2017 [Internet]. Geneva; 2018 [acessado em 2020 jun. 22]. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/em/index2.html Acesso em 22.06.2020.
- WHO. Levels & Trends in Child Mortality. Reports 2019 [Internet]. Geneva; 2019 [acessado em 2020 jun. 22]. Disponível em: <https://childmortality.org/wp-content/uploads/2019/10/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2019.pdf>
- Bittencourt RM, Gaiva MA. Mortalidade neonatal precoce relacionada a intervenções clínicas. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(2):195-201.
- Fernandes VL, Moura MD, Moreira AC, Oliveira TM. Fatores de risco para asfixia perinatal em recém-nascidos atendidos em uma maternidade pública terciária. *Resid Pediatr.* 2020;10(2):1-6.
- Fernandez HG, Vieira AA, Barbosa AD. The correlation between plasma lactate concentrations and early neonatal mortality. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2012;24(2):184-7.
- Ribeiro FD, Ferrari RA, Sant'Anna FL, Dalmas JC, Giroto E. Extremes of maternal age and child mortality: analysis between 2000 and 2009. *Rev Paul Pediatr.* 2014;32(4):381–8.
- Trevisan MR, Lorenzi DR, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência

Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002;24(5):293–9.

16. Gravena AA, Paula MG, Marcon SS, Carvalho MD, Pelloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(2):130-5.

17. Ximenes FM, Oliveira MC. A influência da idade materna sobre as condições perinatais -doi:10.5020/18061230.2004.p56. *Rev Bras Promoc Saúde.* 2012;17(2):56-60.

18. Terra AP, Soares D, Herber S, Machado KP, Wachs L, Thumé E. Idade Materna E Condições Perinatais, Entre Nascimento De Risco De 2008 a 2013. *Rev Enferm UFPI.* 2018;8(1):30-7.

19. Aldrighi JD, Ribeiro SS, Chemim AK, Wall ML, Zuge SS, Piler AA. Ocorrência de complicações no período gestacional em mulheres com idade materna avançada. *Rev Baiana Enferm.* 2021;35:e43083.

20. Allberti GF, Schimith MD, Budó MLD, Neves GL, Rosso LF. Atributo do primeiro contato na atenção básica e práticas de cuidado: contribuições para a formação acadêmica do enfermeiro. *Texto & Contexto Enferm.* 2016;25(3):2-8.

21. Nascimento IB, Pacheco VC, Souza ML, Pinheiro EB, Silva TR, Fleig R, et al. Assistência Pré-natal E Resultado Perinatal. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2017;30(2):187-94.

22. Pohlmann FC, Kerber NP, Pelzer MT, Dominguez CC, Minasi JM, Carvalho VF. Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. *Texto & Contexto Enferm.* 2016;25(1):e3680013.

23. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(6):1053-64.

24. Ministério da Saúde (BR). Composição - Vigilância em Saúde e Ambiente. Brasília; 2021 [acessado em 2021 jan.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs>

25. Goudard MJ, Simões VM, Batista RF, Queiroz RC, Alves MT, Coimbra LC, Martins MG, et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. *Cien Saude Colet.* 2016;21(4):1227-38.

26. Porto AM, Acioly DA, Coutinho I, Coutinho EH, Bezerra PS, Amorim MM. Características maternas em gestações com risco de prematuridade tardia. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2013;13(2):161–6.

27. Venceslau TM, Soares CB, Silva AR, Ferreira DS, Silva NR, Sales MC, et al. Fatores relacionados à prematuridade em uma maternidade pública de Teresina – PI: estudo retrospectivo. *Rev Pesq Fisio.* 2020;10(1):69-76.

28. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência. Documento Científico: novembro de 2017, nº2. Curitiba; 2017 [acessado em 2021 jan.]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/11/Prevencaodaprematuridade.pdf>

29. Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JS, Bonilha AL. Maternal and neonatal factors related to prematurity. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(3):382–9.

30. Salge AK, Guimarães JV, Siqueira KM, Correa RR. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. *Revista eletrônica de Enfermagem (GO).* 2009;11(3):642-6.

31. Barbuscia DM, Rodrigues AL Júnior. Completude Da Informação Nas Declarações De Nascido Vivo E Nas Declarações De Óbito, Neonatal Precoce E Fetal, Da Região De Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2000-2007. *Cad. Saúde Pública.* 2011;27(6):1192-1200.

32. Azevedo AC, Drumond EF, Gonçalves RV, Machado CJ. Evolução da qualidade das informações das declarações de óbito com menções de sífilis congênita nos óbitos perinatais no Brasil. *Cad Saúde Colet.* 2017;25(3):259–67.

33. Ramalho MO, Frias PG, Vanderlei LC, Macêdo VC, Lira PI. Avaliação da incompletude da declaração de óbitos de menores de um ano em Pernambuco, Brasil, 1999-2011. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(9):2891–8.

34. Soares JA, Horta FM, Caldeira AP. Avaliação da qualidade das informações em declarações de óbitos infantis. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2007;7(3):289–95.

Como citar:

Patrício MP, Marques ML, Fontenele MM, Paes LS. Perfil de recém-nascidos vivos com óbito neonatal precoce em maternidade terciária de Fortaleza. *Rev Med UFC.* 2024;64(1):e78314.