

MORTALIDADE NEONATAL DE RESIDENTES EM MARINGÁ- PARANÁ¹

NEONATAL MORTALITY IN RESIDENTS IN MARINGÁ – PARANÁ

Luciana Olga Bercini*
Lucila Amaral Carneiro Vianna#

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi caracterizar a mortalidade neonatal de residentes em Maringá, em 1990. O material de estudo constituiu-se de 87 óbitos. Os dados foram coletados nas declarações de óbito, nos prontuários hospitalares, em entrevistas domiciliares, nos prontuários dos núcleos integrados de saúde e nos laudos de necropsia. O coeficiente de mortalidade neonatal foi de 19,4 por 1000 nascidos vivos. A maioria dos óbitos ocorreu na primeira semana de vida (92,0%), em recém-nascidos com menos de 37 semanas de gestação (79,8%), com baixo peso ao nascer (74,1%), do sexo masculino (56,3%) e nascidos através de cesariana (54,2%). As causas básicas de óbito foram codificadas de acordo com Classificação Internacional das Doenças – 9ª revisão. As afecções perinatais causaram 83,2% dos óbitos, entre os quais a prematuridade ocupou o primeiro lugar (15,8%).

Palavras-chave: Mortalidade neonatal. Causa de óbito. Fatores de risco.

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil reflete as condições de vida e de saúde das populações e o seu coeficiente é utilizado como indicador do nível de desenvolvimento e da qualidade de vida das nações.

A divisão da mortalidade infantil em neonatal e pós-neonatal é feita no sentido de se avaliar indiretamente a importância das causas endógenas e exógenas de óbito. As primeiras estão relacionadas às condições desfavoráveis do recém-nascido (RN), tais como imaturidade e anomalias congênitas. Já as segundas são o produto da atuação de condições ambientais hostis sobre crianças nascidas em boas condições. Enquanto as endógenas são de difícil redução, implicando conhecimentos e técnicas mais sofisticados, as exógenas são dependentes de melhoria das condições gerais de vida e das

intervenções específicas de caráter médico-sanitário (MONTEIRO et al., 1988).

Os componentes neonatal e pós-neonatal apresentam comportamentos distintos, em áreas com mortalidade infantil baixa e alta. Observa-se que, no primeiro caso, o coeficiente é quase totalmente representado pela mortalidade neonatal (60 a 80 %) e, no segundo caso, a taxa é quase totalmente representada pela mortalidade pós-neonatal. Quando a melhoria das condições ambientais vai permitindo reduzir a mortalidade infantil, verifica-se que essa redução se faz à custa da pós-neonatal. Mais tarde, consegue-se diminuir a neonatal, atuando na assistência pré, trans e pós-natal (LAURENTI et al., 1990).

Os estudos de mortalidade são feitos, em geral, através dos dados das declarações de óbito (DO), que se constituem em instrumentos muito importantes para obtenção de variáveis utilizadas para caracterizar os óbitos. Rosenberg

¹ Extraído da Dissertação “Mortalidade neonatal de residentes em Maringá – Paraná, no ano de 1990”, apresentada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em março de 1993.

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem Pediátrica. Doutoranda em Ciências Ambientais. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UEM desde 21 de março de 1985. Disciplina de Enfermagem em Saúde da Mulher da Criança.

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da UNIFESP.

(1989) levanta questões sobre a confiabilidade e a validade dessas informações.

Muitos esforços têm sido empreendidos no sentido de alertar sobre a importância do preenchimento adequado da DO (BRASIL, 1985; LAURENTI; MELLO JORGE, 1987; MELLO JORGE, 1990), mas o que se verifica, na maioria das vezes, é que esta é vista somente como uma exigência legal para o sepultamento e não como uma possível fonte geradora de dados sobre a saúde de determinada população.

Os estudos de mortalidade que procuram completar os dados das DO com informações retiradas dos prontuários hospitalares e com entrevistas nos domicílios daqueles que foram a óbito permitem uma análise mais aprofundada das características dos óbitos (AMIGO et al., 1985; LAURENTI et al., 1990; MACHARELLI; OLIVEIRA, 1991).

Assim sendo, o objetivo do presente trabalho foi o de caracterizar a mortalidade neonatal de residentes de Maringá – Paraná, no ano de 1990, segundo algumas variáveis.

PROCEDIMENTOS

O material de estudo constituiu-se de 87 óbitos, correspondendo a todas as crianças menores de 28 dias de idade falecidas no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 1990 e residentes no município de Maringá, localizado na região Noroeste do Estado do Paraná, a 428km de Curitiba e possuindo 473km² de superfície (MARINGÁ, 1990). De acordo com dados do censo de 1991 (IBGE, 1992), o município contava com uma população de 239.930 habitantes.

Para a realização do estudo adotou-se a metodologia adaptada da utilizada por Puffer e Serrano (1973), na “Investigação Interamericana na Infância”. Os dados tiveram origem nas DOs, das quais foram obtidos a identificação da criança e o local de ocorrência do evento. A partir dessas informações foram feitas consultas aos prontuários hospitalares. Nos casos de óbitos ocorridos no domicílio, em hospitais de outros municípios e daqueles cujos prontuários não foram localizados, foram realizadas entrevistas domiciliares. Nos casos de morte atestada pelo Instituto Médico Legal (IML) foram realizadas consultas aos laudos das

necropsias. Também foram feitas consultas aos prontuários dos Núcleos Integrados de Saúde (NIS), que são os postos de saúde municipais.

Em relação aos prontuários hospitalares, vários fatores dificultaram a coleta de dados, a saber: letra ilegível, descrição sumária do caso e pouca informação sobre a gestação, o parto e as condições de nascimento da criança. Alguns dados não puderam ser coletados por falta de anotação no prontuário, determinando a utilização da categoria “ignorado” em quase todas as variáveis.

Situação similar também foi evidenciada na utilização dos prontuários dos NIS, pois somente em alguns postos de saúde havia o preenchimento completo da ficha de atendimento pré-natal na maioria das vezes eram feitas anotações sumárias no prontuário da cliente.

A causa básica de morte foi obtida através da análise das informações do prontuário hospitalar, do prontuário do NIS, da entrevista domiciliar e do laudo do IML, sendo codificada conforme a Classificação Internacional das Doenças (CID) – 9ª revisão (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1978).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O coeficiente de mortalidade infantil encontrado para o município foi de 25,6 por 1000 nascidos vivos; a taxa de mortalidade neonatal foi de 19,4 por 1000 nascidos vivos, representando 75,7% da mortalidade infantil, o que mostrou o predomínio do componente neonatal nos óbitos de menores de um ano.

A taxa de mortalidade neonatal precoce (menores de sete dias de vida) foi de 17,8 por 1000 nascidos vivos e a de neonatal tardia (de sete a 28 dias de vida) foi de 1,6 por 1000 nascidos vivos. O coeficiente de mortalidade no primeiro dia de vida foi de 10,5 por 1000 nascidos vivos.

O fato de a mortalidade neonatal ser superior à pós-neonatal, no município, está de acordo com o nível relativamente baixo de mortalidade, uma vez que a queda do coeficiente de mortalidade infantil, em países em desenvolvimento, ocorre principalmente à custa da mortalidade pós-neonatal, com uma menor redução do componente neonatal, que passa a

ser proporcionalmente maior (AMIGO, 1985; ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1990; VICTORA et al., 1989).

A mortalidade neonatal está vinculada a fatores biológicos e de assistência intra-hospitalar, portanto a sua redução é de custo elevado e está ligada a investimentos consideráveis destinados a fortalecer os serviços hospitalares de alta complexidade. Porém, em muitos países em desenvolvimento, ainda não se utiliza suficientemente a tecnologia básica preventiva, que reduz a mortalidade neonatal e pode ser traduzida por um pré-natal de qualidade (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1990).

Os óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas de vida representaram 54,0% dos óbitos neonatais e os óbitos neonatais precoces (primeira semana de vida) compreenderam 92,0% das mortes neonatais.

Resultados semelhantes foram obtidos por Moscona et al. (1985), em estudo sobre mortalidade neonatal em Buenos Aires, Argentina, onde os óbitos neonatais precoces foram responsáveis por 83,2% das mortes neonatais, e os óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas de vida, por 44,8%; e por Victora et al. (1989), em Pelotas, Rio Grande do Sul, onde as mortes ocorridas na primeira semana de vida foram responsáveis por 81,5% dos óbitos neonatais e por 51,2%, no primeiro dia de vida.

A mortalidade na primeira semana de vida constitui o componente da mortalidade infantil mais difícil de reduzir, e a sua diminuição, assim como a das seqüelas invalidantes, que se originam nesse período, depende de novas estratégias no campo perinatal com ações dirigidas ao desenvolvimento e fortalecimento dos serviços de saúde materno-infantis (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1990).

Dos 87 óbitos neonatais, 56,3% foram de RN do sexo masculino. Moscona et al. (1985) observaram percentual semelhante (54,1%), assim como Macharelli e Oliveira (1991), em Botucatu, São Paulo, onde 65,2% dos óbitos neonatais foram de meninos.

A maioria (79,8%) dos óbitos neonatais ocorreu com RN com menos de 37 semanas de gestação, revelando a relação entre mortalidade neonatal e RN pré-termo. A duração da gestação

foi inferior a 37 semanas em todos os óbitos neonatais cuja gravidez foi dupla (12 casos), mostrando a relação entre mortalidade neonatal, gemelaridade e parto prematuro. Guaschino et al. (1986) afirmaram que a complicação típica da gravidez dupla é o parto prematuro.

A cesariana foi realizada em 54,2% dos óbitos. Segundo Tanaka et al. (1989), a clínica obstétrica aceita níveis de até 20,0%, o que mostra que parte das cesarianas realizadas no município estudado provavelmente não teve indicação obstétrica.

Em 68,9% dos casos nos quais a criança nasceu através de cesariana, havia informação no prontuário hospitalar ou na entrevista domiciliar sobre a necessidade da realização deste procedimento. Portanto, em 31,1% dos óbitos não se obteve a informação sobre a indicação obstétrica de cesariana, o que pode indicar excesso na sua realização, resultando em uma situação de risco tanto para a mãe quanto para o RN.

Em 57,5% dos prontuários hospitalares não se obteve informação sobre a assistência pré-natal; conseqüentemente, menos da metade dos prontuários das crianças que foram a óbito possuía alguma informação sobre o pré-natal realizado pela mãe.

Estes dados revelaram a falta de integração entre os organismos que realizam o pré-natal e a assistência ao parto. Tanaka et al. (1989) afirmaram que esta falta de integração impede que o processo reprodutivo seja visto em sua totalidade, favorecendo a descontinuidade na assistência à saúde do binômio mãe-filho, o que resulta em maior risco de morte da mulher e da criança. Os autores referiram ainda que a integração entre o atendimento pré-natal e a assistência ao parto e ao RN deve ocorrer para que a qualidade da assistência seja garantida.

Em 77,4% dos óbitos neonatais as mães tinham menos de 30 anos de idade. Do total, 22,6% eram menores de 20 anos de idade. A mãe mais jovem tinha 13 anos e deu à luz gêmeos que foram a óbito; duas mães tinham 40 anos e foram as mais idosas do estudo.

Segundo a ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (1990), a maior contribuição à fecundidade provém de mulheres com idade entre 20 e 34 anos, sendo que os grupos extremos (menores de 20 e

maiores de 35 anos) constituem grupos de alto risco de mortalidade materna e neonatal.

Os óbitos de menores de 28 dias concentraram-se principalmente no grupo de baixo peso ao nascer (inferior a 2500 gramas), representando 74,1% dos casos, o que confirma a conhecida relação entre baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal. Em 39,5% dos óbitos neonatais as crianças apresentaram extremo baixo peso ao nascer (inferior a 1500 gramas). Um RN apresentou peso excessivo (5000 gramas ou mais).

Somando-se as crianças de baixo peso ao nascer com aquelas de peso deficiente (de 2500 a 3000 gramas), assim considerado por Puffer e Serrano (1988), foram obtidos 85,2% dos óbitos. Para os citados autores, as crianças nascidas com peso deficiente representam uma proporção considerável dos nascidos vivos em alguns países; e todos os RN com peso inferior a 3000 gramas têm um grande risco de mortalidade e morbidade no primeiro ano de vida.

Verificou-se que a totalidade dos óbitos neonatais de gestações duplas (12 casos) foi de RNs de baixo peso, mostrando a relação entre mortalidade neonatal, gemelaridade e baixo peso ao nascer.

Dos óbitos ocorridos na primeira semana de vida, 74,7% foram de crianças com baixo peso ao nascer e 40,0% foram de RNs com extremo baixo peso. Já entre os óbitos ocorridos no primeiro dia de vida, 60,0% foram de crianças com extremo baixo peso ao nascer.

Como era esperado, dos óbitos de crianças com baixo peso ao nascer, a maior parte (95,0%) foi de RNs com menos de 37 semanas de gestação, o que revela a relação da mortalidade neonatal com baixo peso ao nascer e prematuridade, sendo esta uma causa importante de baixo peso. Observou-se retardo do crescimento intra-uterino em 5,0% dos óbitos, pois ocorreram em RNs a termo e com baixo peso ao nascer.

O retardo no crescimento intra-uterino relaciona-se com vários fatores, entre os quais se destacam principalmente os maternos, tais como: peso deficiente antes da gravidez, pouco ganho ponderal durante a gestação, infecções das vias urinárias, ação

sinérgica das infecções e da deficiência nutricional maternas e pré-eclâmpsia (PUFFER; SERRANO, 1988).

Quanto ao local de ocorrência do óbito, como mais da metade dos óbitos ocorreu no primeiro dia de vida e cerca de 90% na primeira semana, a grande maioria (96,6%) dos óbitos neonatais aconteceu no hospital, sendo 90,9% em hospitais de Maringá, 5,7% em hospitais de outros municípios e 3,4% no domicílio.

Os dois principais grupos de causas básicas de óbito, por ordem de ocorrência, foram: causas perinatais (83,2%) e anomalias congênicas (10,8%). Carvalho et al. (1990), na região metropolitana do Rio de Janeiro, encontraram 83,4% de causas perinatais entre os óbitos neonatais.

As causas perinatais mais frequentes foram prematuridade (15,8%), hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer (14,5%), e complicações da placenta, do cordão umbilical ou das membranas (13,3%).

Somando-se as causas perinatais com as anomalias congênicas, temos 94,0% dos óbitos de menores de 28 dias, o que mostrou a importância dessas causas na mortalidade neonatal em Maringá. Os quatro grupos de causas restantes, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos, mal-definidas e externas, foram responsáveis por apenas 6,0% dos óbitos neonatais.

Verificou-se que as causas perinatais foram as mais importantes em todos os grupos etários, principalmente na primeira semana de vida, causando 79,5% das mortes neonatais (Tabela 1). Na Investigação Interamericana também se observou que este grupo de causas desempenhou papel determinante na mortalidade no período neonatal precoce (PUFFER; SERRANO, 1973).

Os óbitos devidos às causas perinatais diminuíram à medida que houve o aumento da idade; ao contrário, os óbitos por anomalias congênicas aumentaram na medida em que houve o aumento da idade (Tabela 1).

Esta tabela mostra também que as causas perinatais e as anomalias congênicas foram responsáveis por todas as mortes ocorridas nas primeiras vinte e quatro horas de vida.

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos neonatais segundo causa básica e idade, Maringá – PR, 1990.

Causa básica de óbito#	Idade (dias)							
	< 1		1 – 6		7 – 27		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
D. infecciosas e parasitárias	-	-	2	6,5	-	-	2	2,4
D. sangue e órg. hematop.	-	-	-	-	1	14,3	1	1,2
Anomalias congênitas	1	2,2	6	19,4	2	28,6	9	10,8
Perinatais	44	97,8	22	70,9	3	42,8	69	83,2
Mal definidas	-	-	1	3,2	-	-	1	1,2
Externas	-	-	-	-	1	14,3	1	1,2
Ignorada	2	-	2	-	-	-	4	-
Total	47	100,0	33	100,0	7	100,0	87	100,0

CID – 9ª revisão (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1978)

* Os percentuais foram calculados sobre o total dos casos com informação conhecida.

O coeficiente de mortalidade neonatal por causas perinatais foi de 15,4 por 1000 nascidos vivos, demonstrando a relevância deste grupo de causas no município. Este coeficiente foi semelhante ao identificado por Victora et al. (1989), que foi de 16,0 por 1000 nascidos vivos.

O coeficiente de mortalidade neonatal por anomalias congênitas foi de 2,0 por 1000 nascidos vivos, sendo um pouco menor que o identificado por Victora et al. (1989) de 3,2 por 1000 nascidos vivos.

Para Puffer; Serrano (1973), a integridade da informação sobre as anomalias congênitas

está na dependência da evidência diagnóstica disponível. A frequência dos diagnósticos depende, em parte, da gravidade das anomalias e também dos sinais visíveis, portanto é provável que as anomalias graves do sistema nervoso tenham sido sempre diagnosticadas, porém certas anomalias congênitas do coração e do aparelho circulatório podem passar despercebidas ou não ser claramente especificadas na ausência de um exame pós-morte.

Concluindo, o presente estudo permitiu uma caracterização da mortalidade neonatal em Maringá, em 1990, revelando a importância deste componente na mortalidade infantil do município. O estudo revelou também que existem deficiências no atendimento de saúde à população materno-infantil, mais especificamente na assistência pré-natal, ao parto e ao RN. A fim de obtermos uma redução na mortalidade infantil do município, esforços devem ser realizados no sentido de diminuir a mortalidade neonatal, através de medidas que visem à implementação de ações de atenção à saúde da gestante e do recém-nascido.

NEONATAL MORTALITY IN RESIDENTS IN MARINGÁ – PARANÁ

ABSTRACT

This study has as objective to characterize neonatal mortality rates in Maringá – Paraná, in 1990. Information concerning these events was provided by death certificates, hospital archives, home interviews, health center files and a necropsy records. Neonatal mortality rates were 19,4 per 1,000 live births. Most of the deaths occurred: the first week of live (92,0%); newborns with less than 37 weeks of gestation (79,8%); low birth weight infants (74,1%); male newborns (56,3%); and cesarean section births (54,2%). The underlying causes of death were codified in accordance with the "International Diseases Classification" – 9th revision. Perinatal causes to being responsible for 83,2% of deaths, prematurity was considered the main cause, accounting for 15,8%.

Key words: Neonatal mortality. Cause of death. Risk factors.

REFERÊNCIAS

- AMIGO, H. et al. Mortalidade em menores de cinco anos na cidade de Recife, PE (Brasil): tendências e associações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 19. p. 531-542, 1985.
- BERCINI, L. O. **Mortalidade neonatal de residentes em Maringá – Paraná, no ano de 1990**. 1993. 188 f.. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Pediátrica) Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito**. 2. ed. Brasília, DF: Centro de documentação, 1985. (Normas e Manuais Técnicos, 24).
- CARVALHO, M. L. et al. Concordância na determinação da causa básica de óbito em menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro, 1986. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 24. n. 1. p. 20-27, 1990.

- IBGE. **População dos municípios do Estado do Paraná:** censo demográfico de 1991: dados preliminares. Curitiba, 1992.
- GUASCHINO, S. et al. Assessment of peri-neonatal mortality and morbidity risk in twin pregnancy. **Clin. Exp. Obstet. Gynecol.**, Montreal, v. 13, n. 1/2, p. 18-25, 1986.
- LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. **O atestado de óbito.** 2. ed. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1987. (Série Divulgação, 1).
- LAURENTI, R. et al. Mortalidade em mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986: I - metodologia e resultados gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 128-133, 1990.
- MACHARELLI, C. A.; OLIVEIRA, L. R. Perfil do risco de óbito de crianças menores de um ano residentes em localidade do estado de São Paulo, Brasil, 1987. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 121-128, 1991.
- MARINGÁ. Prefeitura municipal. **Perfil/plano municipal de desenvolvimento.** Maringá, 1990.
- MELLO JORGE, M. H. P. **Registro dos eventos vitais:** sua importância em saúde pública. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1990. (Série Divulgação, 5).
- MONTEIRO, C. A. et al. A mortalidade. In: MONTEIRO, C. A. **Saúde e nutrição das crianças de São Paulo.** São Paulo: HUCITEC/EDUSP, 1988. p. 143-158.
- MOSCONA, R. R. et al. Estudio de la mortalidad neonatal en la ciudad de Buenos Aires en 1984. **Arch. Arg. Pediatr.**, Buenos Aires, v. 83, n. 6, p. 307-312, 1985.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Las condiciones de salud de las Americas.** Washington, 1990. v. 1, p. 55-71. (OPAS – Publicación Científica, 524).
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Manual de la clasificacion estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción.** Washington, 1978, v. 1. (OPAS – Publicacion Científica, 353).
- PUFFER, R. R.; SERRANO, C. V. **Características de la mortalidad em la ninez.** Washington, DF, 1973. (OPAS – Publicacion Científica, 262).
- PUFFER, R. R.; SERRANO, C. V. **Características del peso al nacer.** Washington, DF, 1988. (OPAS – Publicación Científica, 504).
- ROSENBERG, H. M. Improving cause-death statistics. **Am. J. Public Health**, Washington, DF, v. 79, no. 5, p. 563-564, 1989. (Editorial).
- TANAKA, A.C. d'A. et al. Situação de saúde materna e perinatal no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 67-75, 1989.
- VICTORA, C. G. et al. **Epidemiologia da desigualdade.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1989. 187p.

Endereço para correspondência: Caixa Postal, 1865, 87.001-970, Maringá-PR. E-mail: lubercini@onda.com.br