

O PERFIL DA MORTALIDADE PERINATAL NO MUNICÍPIO DE JACAREZINHO/PR NO PERÍODO DE 2004 A 2007

PERINATAL MORTALITY PROFILE IN THE MUNICIPALITY OF JACAREZINHO/PR IN THE PERIOD 2004 TO 2007

¹SILVA, M.C.; ²DINIZ, W.Y

¹² Departamento de Enfermagem – Faculdades Integradas de Ourinhos-FIO/FEMM

RESUMO

O coeficiente de mortalidade perinatal é um indicador de extrema relevância para analisar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal do município. Esse estudo analisa o perfil da mortalidade perinatal no município de Jacarezinho no período de 2004 a 2007. A partir dos dados das declarações de nascimento e óbitos, constatou-se que a taxa de mortalidade perinatal (natimorto e neonatal precoce 0 a 7 dias) foi alta, com índice de 25,65. Estatisticamente maior entre os filhos de mães com 7 ou + consultas de pré-natal, solteiras, com nível de escolaridade baixa, com idade entre 20 a 29 anos, e entre os bebês de cor branca, prematuros, de baixo peso ao nascer e com depressão respiratória grave (apgar de 0 a 3). O principal grupo de causas de óbito segundo a classificação Internacional de doenças (CID-10) foi a de causas obstétricas como prematuridade, deslocamento prematuro da placenta e pré-eclampsia. Também se apresentou elevado o número de óbitos por malformações congênitas. Com o presente estudo destaca-se a necessidade de um atendimento especializado na assistência ao parto e ao recém nascido, como UTI neonatal e um Programa de assistência integral ao recém nascido de baixo peso.

Palavras chave: Mortalidade perinatal; baixo peso; serviços de saúde.

ABSTRAT

The coefficient of perinatal mortality is a pointer of extreme relevance to analyze the quality of the obstetric and neonatal assistance of the city. This study examines the perinatal mortality profile in the municipality of Jacarezinho in the period 2004 to 2007. From the data of live births and deaths, it was found that the perinatal mortality rate (stillborn and early neonatal 0 to 7 days) was high, with an index of 25.65. Statistically higher among children of mothers with 7 or more prenatal medical consultation, unmarried, with low education level, age among 20 to 29 years, and among white babies, premature, low birth weight and severe respiratory depression (Apgar score 0 to 3). The main group of death causes according to International Classification of Diseases (ICD-10), was to obstetric causes as prematurity, premature removal of the placenta and preeclampsia. It was also found a high number of deaths due to congenital malformations. The present study highlights the need for specialized care in childbirth and the newborn, and neonatal intensive care unit and a full program of assistance to newborns with low weight.

Keywords: Perinatal mortality, low birth weight, health services

INTRODUÇÃO

A mortalidade perinatal significa óbitos fetais de crianças com peso ao nascer acima de 500g e óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias), (OMS, 1993). Por sua vez,

a mortalidade fetal partilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida e em grande parte também são consideradas potencialmente evitáveis. (LAURENTI et al.,1994,1997).

Segundo o Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal, (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2005), a maior parte dos óbitos neonatais ocorre no período neonatal precoce, cerca de 40% no primeiro dia de vida, e um número significativo acontece ainda nas primeiras horas de vida, evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência de saúde em maternidades.

O coeficiente de mortalidade perinatal é um indicador de extrema relevância para analisar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal do município. As taxas elevadas estão geralmente associadas a condições insatisfatórias da assistência ao pré-natal, ao parto e ao período neonatal. (AERTS et al.1997).

O aumento do interesse atualmente observado em relação à mortalidade perinatal, deve-se principalmente ao fato de que apesar de se verificar uma tendência mundial de declínio das taxas de mortalidade infantil, em particular na América Latina, as causas ligadas à gestação e ao parto contribuíram com somente 6% para a redução total dos óbitos infantis, passando a ocupar o primeiro lugar entre as causas de morte em crianças com menos de 1 ano de vida (LAURENTI,1994; NOGUEIRA,1994).

O baixo peso ao nascer é um importante preditor da mortalidade perinatal sendo o foco de muitas investigações epidemiológicas.

De acordo com Barros (1987), conceptos com baixo peso ao nascer apresentam um risco até 17 vezes maior de falecer durante o período perinatal. Também Bebrmam (1996) as maiores perdas neonatais ocorrem em crianças que nascem com peso baixo (2.500g ou -) e muito baixo (1.500g ou -). Resultados esses corroborados por Aquino (1997) que de modo similar demonstrou uma maior mortalidade entre fetos com menos de 2.500g (70%).

É importante fazer distinção entre criança a termo que tem um peso baixo ao nascimento, das crianças pré-termo que tem um peso insuficiente por causa de uma gestação mais curta, então se a gravidez é um evento natural que marca o término do período gestacional um recém-nascido de 37 a 41ª semana é chamado de a termo e entre a 20ª a 36ª semana o recém-nascido é um pré-termo. Segundo a

Organização Mundial de Saúde (OMS), a prematuridade é considerada após a 20^a e antes da 37^a semana de gestação (FREITAS, COSTA, 1990).

A revisão da literatura revela um claro predomínio de mortes perinatais em idades gestacionais mais precoces (BARROS et al., 1984), o que em parte pode ser explicado pelas dificuldades observadas no manejo clínico das gestações de alto risco, cuja interrupção é muitas vezes imperativa mesmo antes do termo, a fim de preservar a saúde materna, como por exemplo nos casos de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia.

Em decorrência dos contínuos avanços tecnológicos atualmente observados principalmente no campo da neonatologia que através das unidades de terapia intensiva neonatal tornaram-se viável uma sobrevivência fetal cada vez mais precoce fora do útero materno. Também Muraskas (1992) define viabilidade como a capacidade dos fetos sobreviverem pesando menos de 500g ao nascimento para isso relatou o caso de uma criança que pesando 280g, mas em condições de sobrevivência intactas, e essa criança aos 02 anos de idade tinha um desenvolvimento normal.

A análise das características sociais, demográficas e biológicas das gestações cuja resolução foi o óbito fetal, fornece informações úteis para a formulação de políticas de saúde que visem à redução da mortalidade perinatal, ao permitir que se determine quais os seus principais fatores de risco associados. (LAMMER et al., 1989; PETRIDOU et al., 1996).

Essa pesquisa tem como objetivo descrever o perfil da mortalidade perinatal e analisar a tendência nos diferentes períodos e variáveis, a fim de fornecer subsídios aos gestores e profissionais de saúde para o planejamento de programas específicos que atuam na prevenção da mortalidade fetal e de recém-nascidos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, onde foram analisados todos os óbitos perinatais com peso ao nascer igual ou maior de 500g, residentes em Jacarezinho, ocorridos no período de 1 de Janeiro de 2004 a 31 de Dezembro de 2007.

Os dados foram coletados no setor de vigilância epidemiológica do município com a anuência do diretor responsável.

Para análise de consistência as informações sobre a quantidade de nascidos vivos foram obtidas das Declarações de nascidos vivos (DNV) utilizadas pelo SINASC (Sistema de informações sobre nascidos vivos), implantado em Jacarezinho em 1998, com busca ativa das DNV preenchidas na Santa Casa de Misericórdia e encaminhadas a Vigilância Epidemiológica.

O estudo dos óbitos perinatal foi realizado por meio da análise individualizada de cada DO (Declaração de óbito), as variáveis estudadas foram da seguinte forma; sociodemográfica (idade, grau de instrução, ocupação habitual, estado civil da mãe), relacionados a gestação e ao parto (número de consultas de pré-natal, idade gestacional, tipo de gestação (única ou múltipla) e tipo de parto (vaginal ou cesárea), relacionados ao recém-nascido (peso ao nascer, raça/cor, sexo e apgar 5º minuto).

Para o cálculo do coeficiente de mortalidade perinatal utilizou-se o número de óbitos fetais (a partir de 22 semanas completas de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm) acrescido dos óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias completos), por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos) da população residente, no período considerado. Esse indicador refere-se a óbitos ocorridos antes, durante e logo depois do parto e é influenciado por fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer e a qualidade da assistência prestada.

RESULTADOS

O coeficiente de mortalidade Infantil no período de 2004 a 2007 foi de 14,9, sendo um total de 35 óbitos, (figura 1).

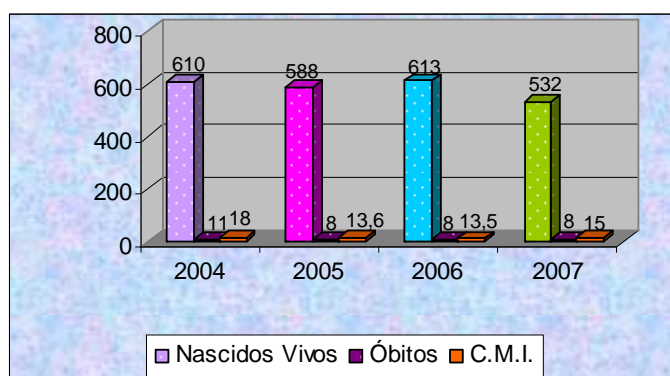


Figura 1. Nascidos vivos, óbitos e coeficiente de mortalidade infantil nos anos de 2004, 2005, 2006 e 2007 no município de Jacarezinho/Paraná.

A taxa de mortalidade perinatal foi de 25,66, o coeficiente de natimortalidade foi de 14,3 sendo 34 o numero absoluto de natimortos e o coeficiente de mortalidade neonatal precoce foi de 11,5 tendo como numero absoluto 27 óbitos. Dos óbitos neonatais 66,67% foram nas primeiras 24 horas de vida.

Encontram-se as taxas de mortalidade mais elevadas entre os recém-nascidos de mães na faixa etária de 20 a 29 anos, assim como entre filhos de mulheres com baixa escolaridade e solteiras. (tabela 1).

Tabela 1. Óbitos perinatais segundo algumas variáveis sócio-demográficas como idade da mãe, grau de instrução e estado civil, 2004 a 2007

<i>Características</i>	<i>Óbitos neonatais</i>		<i>Natimortos</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<u>Idade da mãe</u>				
< 19 anos	7	26	4	35
20 a 29 anos	12	44.4	18	53
30 a 45 anos	8	29.6	12	12
<u>Grau de instrução</u>				
1 a 3 anos	1	4	1	30
4 a 7 anos	12	44.5	18	53
8 a 11 anos	5	18.5	12	35.2
12 e mais	3	11	3	8.8
ignorado	6	22	-	-
<u>Estado civil</u>				
Solteira	20	74	-	-
Casada	7	26	-	-

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Jacarezinho SIM e SINASC

Aproximadamente 70% das mães haviam realizado 7 e + consultas de pré-natal sendo a taxa de mortalidade maior quanto mais o numero de consultas, também para os bebes de gestação única. A proporção de partos operatórios foi elevada em natimorto, mas tendo ainda o predomínio das mortalidades no parto vaginal. No que se refere à idade gestacional, quanto maior a idade, eleva-se o número de mortalidade. (tabela 2).

Tabela 2. Óbitos perinatais relacionados à gestação e ao parto como número de consultas de pré-natal, tipo de gravidez, tipo de parto e idade gestacional, no período de 2004 a 2007, Jacarezinho, Paraná.

<u>Características</u>	<u>Óbitos neonatais</u>		<u>Natimortos</u>	
	<u>Nº.</u>	<u>%</u>	<u>Nº.</u>	<u>%</u>
<u>Consulta de pré-natal</u>				
1 a 3	4	15	-	-
4 a 6	4	15	-	-
7 e +	19	70	-	-
<u>Tipo de gravidez</u>				
Única	22	81.5	32	94
Múltipla	5	18.5	2	6
<u>Tipo de parto</u>				
Vaginal	17	63	20	59
Cesariana	10	37	14	41
<u>Idade gestacional</u>				
37 a 41	9	33.5	2	6
32 a 36	8	29.6	4	11,5
28 a 31	5	18.5	11	32.5
22 a 27	3	11	15	44
Menos de 22	2	7.4	2	6

Fonte: Vigilância Epidemiológica Jacarezinho, SINASC e SIM.

A proporção de baixo peso ao nascer no quadriênio foi de 8,11%, de 2343 nascidos vivos 190 foram de baixo peso (menos de 2500g), e 23 foram a óbito. Do total de óbitos de baixo peso, 88,9% foi no período neonatal precoce, sendo que 68,75% foram nas primeiras 24 horas de vida.

Quanto ao valor do apgar no 5º minuto, baixos valores têm relevância nas mortalidades. Entre os RN e natimortos verificaram as maiores taxas de mortalidade na cor branca.

As principais causas de óbito perinatais estudadas pertencem aos capítulos da classificação internacional de doenças (CID-10), foram as causas obstétricas tendo uma elevada taxa de prematuridade e deslocamento prematuro da placenta. (figuras 2 e 3).

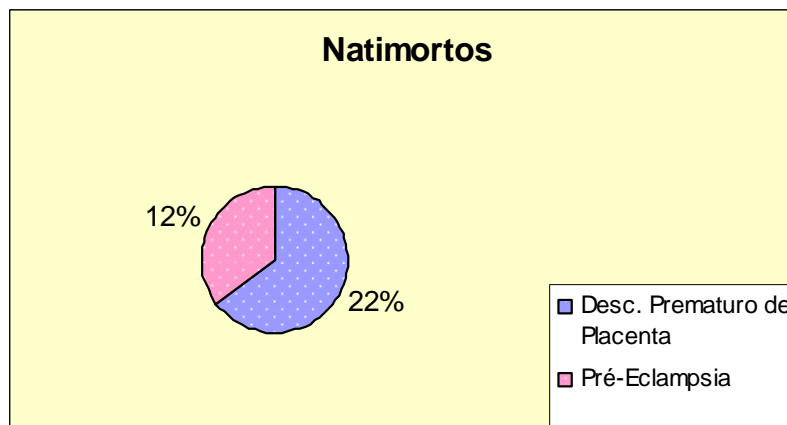


Figura 2. Principais causas de natimortalidade no município de Jacarezinho no período de 2004 a 2007, segundo classificação internacional de doenças – 10ª revisão (CID-10).

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Jacarezinho SIM e SINASC

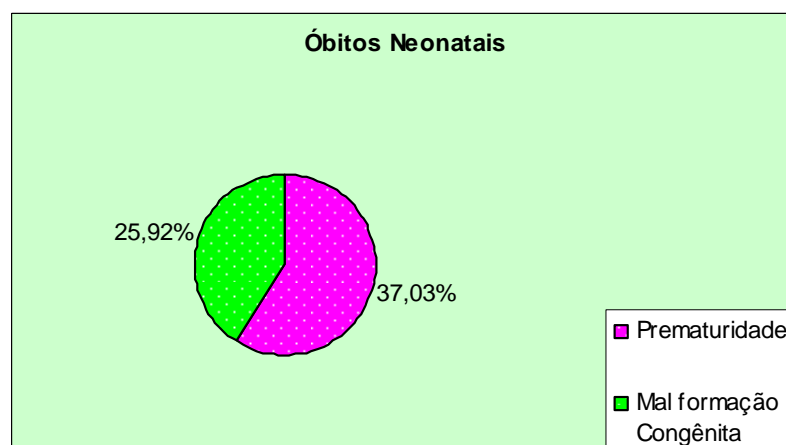


Figura 3. Principais causas de óbitos neonatais no município de Jacarezinho no período de 2004 a 2007, segundo classificação internacional de doenças – 10ª revisão (CID-10).

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Jacarezinho SIM e SINASC

DISCUSSÃO

No presente estudo, a observação de taxas de mortalidade mais elevadas para os períodos mais precoces da vida acompanha um comportamento já demonstrado por estudos de base populacional. No Maranhão verificaram-se altas taxas de mortalidade neonatal precoce, especialmente por óbitos ocorridos antes das primeiras 24 horas de vida, e que estabelecimentos públicos com serviços de referência para gestações de alto risco, recebem a clientela com maior diversidade de morbidade e gravidade dos casos, maiores proporções de crianças com apgar 5º menor que 7 e de baixo peso.

O presente estudo ressalta o grau de vulnerabilidade das crianças estudadas, em aspectos que vão desde características socioeconômicas, fatores relacionados á

assistência ao pré-natal e ao parto ou as próprias características do RN, são aspectos também determinados pela combinação dos componentes estruturais de uma sociedade onde se destacam as diferenças no acesso e utilização de bens e serviços. Cabe ao município fornecer tais serviços.

As maiores taxas de mortalidade entre os filhos de mulheres com baixa escolaridade demonstram essa afirmação, a idade da mãe também é um importante marcador a ser considerado na caracterização do perfil. A maior prevalência de BPN entre os RN de mães com 20 anos a 29 anos é uma das hipóteses levantadas, onde se encontra as maiores taxas de mortalidade.

A hierarquização do risco gestacional, o encaminhamento das gestantes de alto risco aos centros de referência, o cerceamento do tabagismo na gestação, o diagnóstico de patologias intercorrentes, a hospitalização precoce e o uso correto e criterioso das tecnologias avançadas são instrumentos de grande importância para a redução da mortalidade materna e perinatal. (Rezende, 1987; Costa et al., 1990).

Os trabalhos de Monteiro & Nazário (1995) destacaram a influência das desigualdades sociais na qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, salientando que entre as classes menos favorecidas o acesso a serviços de saúde é menor, além de que mesmo quando disponíveis estes muitas vezes não estão preparados para prestar um atendimento suficientemente qualificado, principalmente no que se refere às gestações de risco.

Os cuidados com os eventos que ocorrem durante o desenrolar da gestação, que se constitui num dos momentos mais importantes na vida da mulher, demonstrando inclusive o respeito à sua cidadania, demonstram o grau de desenvolvimento de uma sociedade.

O apgar no 5º minuto está fortemente associado à qualidade do cuidado, mais especificamente na assistência ao parto. Considera-se ainda que BPN e Prematuridade não devam ser vistos isoladamente, porém, muitas vezes, são eventos condicionados por combinações de outros aspectos.

As maiores taxas de mortalidade foram encontradas entre RN de cor branca, apesar dos problemas relativos à validade e confiabilidade da mensuração de raça em sociedades multirraciais como a brasileira, os estudos que utilizam esses indicadores são importantes para a identificação de disparidades sociais cristalizadas em sua formação.

CONCLUSÃO

A assistência ao pré-natal tem hoje metas extremamente amplas, além de sua finalidade psicológica, educacional e social, preocupa-se primordialmente com a identificação da gestação de alto risco, cuja condução requer um manejo ainda mais personalizado e especializado.

A assistência ao pré-natal e ao parto tem um papel fundamental na redução de complicações e óbitos e pode ser vista como política compensatória, cabendo-lhe o papel de minimizar o efeito das desigualdades socioeconômicas. Neste estudo, identificou-se um aumento na taxa de mortalidade perinatal de acordo com o aumento do número de consultas. Sobre essa identificação, se diz qual a qualidade do cuidado pré-natal, apesar de não ter sido avaliado, é outro importante fator a ser considerado. O cuidado também se realiza na atenção ao parto.

Frente a essas reflexões, torna-se relevante a realização de estudos como este sobre o perfil da mortalidade perinatal, utilizando-se diferentes enfoques de abordagem. Entre estes se destaca o estudo da natimortalidade, que ainda tem sido pouco explorada pelas estatísticas oficiais apesar de sua incontestável importância em termos de saúde pública podendo-se considerá-la como um evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal e ao parto.

Com a análise do perfil da mortalidade perinatal conclui-se que aos gestores, cabe avaliar a qualidade dos serviços prestados, principalmente no que diz respeito ao pré-natal, parto e assistência à criança nas primeiras horas de vida, bem como implementar uma assistência especializada aos RN de baixo peso ao nascer, através de programas específicos para a saúde da criança. Com essas medidas fundamentais espera-se redução das taxas de mortalidade perinatal no município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal / secretaria de atenção a saúde, Departamento de Ações Programáticas estratégicas**. Brasília. 2005.
- Ministério da saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde/secretaria de Vigilância em saúde**. Brasília. v.15, n. 4. 1992.
- AERTS, D. R. G. C., Investigação dos óbitos perinatais e infantis: Seu uso no planejamento de políticas públicas de saúde. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre. v. 73, p. 364-366, 1997.

- ALMEIDA, N. M. G. S., **Mortalidade Perinatal no Município de São Paulo**. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1996.
- AQUINO, M. M. A., **Causas e Fatores Associados ao Óbito Fetal**. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 1997.
- ARNTZEN, A.; MOUM, T.; MAGNUS, P. & BAKKETEIG, L. S., Marital status as a risk factor for fetal and infant mortality. **Scandinavian Journal of Social Medicine**. v. 24, p. 36-42, 1996.
- BACKETT, E. M.; DAVIES, A. M. & PETROS-BARVIAZAN, A., **El Concepto de Riesgo en la Asistencia Sanitaria: Con Especial Referencia la Salud Materno-infantil y a la Planificación Familiar**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1984.
- BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; GRANZOTO, J. A.; VAUGHAN, J. P. & LEMOS Jr., A. V., Saúde perinatal em Pelotas, RS, Brasil: Fatores sociais e biológicos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 18, p. 301-312, 1984.
- BARROS, F. C.; VICTORA, C. J. & TEIXEIRA, A. M. B., Mortalidade perinatal e infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul: Nossas estatísticas são confiáveis? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 1, p. 348-358. 1985.
- BARROS, F. C.; VICTORA, C. J. & VAUGHAN, J. P., Causas de mortalidade perinatal em Pelotas, RS, Brasil: Utilização de uma classificação simplificada. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 21, p. 310-316. 1987.
- BARROS, G. P., Mortalidade perinatal: Uma proposta de classificação. **Boletim de Comissão Nacional de Hipertensão na Gravidez**. Brasília, v. 1, p. 6-7. 1995.
- BUCHALLA, C. M., **Atestado de óbito**. In: 1º Simpósio Franco-Brasileiro de Metodologias de Pesquisa em Saúde Perinatal, Anais, pp. 25-28, São Paulo: Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1994.
- CABRAL, A. C. V.; REZENDE, C. A. L.; CELANI, M. F. S. & COLOSIMO, H. A., Natimortalidade - Um estudo epidemiológico e etiológico. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**. Rio de Janeiro, v. 96, p. 573-575. 1996.
- CARTLIDGE, P. H. & STEWARD, J. H., Effect of changing the stillbirth definition on avaluation of perinatal mortality rates. **Lancet**. v. 346, p. 486-488. 1995.
- CLAP (Centro Latino-americano de Perinatologia)., Saúde Perinatal: Artigos Seleccionados. **Boletim do CLAP**. Montevideú: CLAP. 1988.
- CENTURIÓN, C. A. S. S., **Avaliação da Qualidade de Assistência Perinatal no Município de Taboão da Serra**. *São Paulo*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1994.
- COSTA, S. M.; RAMOS, J. G. L.; BERGER, C. B. & GOLDIM, J. R., Fatores de risco para natimortalidade em gestantes hipertensas. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 100, p. 287-290. 1990.
- TANAKA, A. C. d'A., . **Saúde Materna e Perinatal: Relações entre Variáveis Orgânicas, Sócio-econômicas e Institucionais**. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1986.
- TANAKA, A. C. d'A., . **Estatísticas de mortalidade perinatal**. In: 1º Simpósio Franco-Brasileiro de Metodologias de Pesquisa em Saúde Perinatal, *Anais*, pp. 13-20, São Paulo: Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1994.
- TANAKA, A. C. d'A., **Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte**. São Paulo: Editora Hucitec/ ABRASCO. 1995.