

Investigação de Óbito Neonatal: o Cuidado Pode Interferir no Desfecho?

Neonatal Death Investigation: Can care Interfere with the Outcome?

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha¹

Marcus Vinicius da Rocha Santos da Silva²

Ava Fabian dos Anjos Lima³

Janderson Castro dos Santos⁴

Elaine Ferreira do Nascimento⁵

Najra Danny Pereira Lima⁶

RESUMO

Objetivo: Analisar as fichas de investigação e as declarações de óbitos neonatais ocorridos em Caxias-MA, possibilitando a análise das causas, as características e os cuidados implementados. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo, de cunho documental e abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade pública localizada em Caxias-MA, na qual foram analisadas as fichas de investigação de óbitos infantis e as declarações de óbitos, de mulheres residentes em Caxias-MA, atendidas no referido serviço, no período de 2010 a 2014. **Resultados:** Em relação à semana gestacional ao nascimento do concepto, averiguou-se que 141 (63,8%) óbitos deram-se entre 32 e 41 semanas. No que tange aos cuidados imediatos ao neonato mais desempenhados, verificou-se a predominância das seguintes variáveis: aspiração de vias aéreas - 143 (63,5%) casos, medicamento endovenoso que foi realizado em 87 (38,7%) óbitos neonatais, oxigênio inalatório em 77 (34,2%) casos, intubação em 58 (25,8%) e oxigênio com máscara e ambu em 15 (6,7%) neonatos. Relacionado ao índice de Apgar, verificou-se tanto no 1º quanto no 5º minuto, valores entre 7 e 9, em 51% e 72,7%, respectivamente. No que tange à causa do óbito, 43,2% tiveram etiologia respiratória, 11,2% relacionaram-se à septicemia e 22,4% a outras causas. **Conclusão:** Sugere-se a instalação de medidas protetivas à vida e à saúde do nascituro em diversos âmbitos de atenção e envolvendo os atores participantes de todo o processo.

DESCRIPTORIOS

Óbito Neonatal. Cuidado. Investigação. Maternidade.

ABSTRACT

Objective: To analyze data sheets and reports of neonatal deaths in Caxias, MA, to verify the causes, characteristics and care implemented. **Methodology:** A descriptive, retrospective, documental study and quantitative approach was carried out in a public maternity hospital located in Caxias-MA, in which data were analyzed on infant death and death certificates for women residing in Caxias, MA, from 2010 to 2014. **Results:** Regarding the gestational week at the concept's birth, it was found that 141 (63.8%) deaths occurred between 32 and 41 weeks. The following variables were predominant: airway aspiration - 143 (63.5%) cases, an intravenous drug that was administered in 87 (38.7%) neonatal deaths, oxygen inhalation in 77 (34.2%) cases, intubation in 58 (25.8%) and oxygen with mask and ambu in 15 (6.7%) neonates. In relation to the Apgar score, values between 7 and 9, at 51% and 72.7%, respectively, were verified at the 1st and 5th minutes. Regarding the cause of death, 43.2% had respiratory etiology, 11.2% were related to septicemia and 22.4% related to other causes. **Conclusion:** It is suggested that the installation of protective measures to the life and health of the unborn child should be adopted in several areas of care and the actors involved in the process.

DESCRIPTORS

Neonatal Death. Caution. Investigation. Maternity.

¹ Enfermeira. Doutora em Saúde. Docente da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) e da Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão (FACEMA). Caxias, Maranhão, Brasil.

² Enfermeiro. Especialista em Docência do Ensino Superior pelo Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF). Caxias, Maranhão, Brasil.

³ Enfermeira. Pós-Graduada em Terapia Intensiva pela Faculdade de Tecnologia e Educação Superior Profissional (FATESP). Caxias, Maranhão, Brasil.

⁴ Cirurgião Dentista. Doutor em Saúde. Docente da Universidade da Amazônia (UNAMA). Santarém, Pará, Brasil.

⁵ Assistente Social. Doutora em Ciências. Pesquisadora da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ). Docente da Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão (FACEMA). Caxias, Maranhão, Brasil.

⁶ Enfermeira. Mestranda em Análise Aplicada ao Comportamento pelo Núcleo Paradigma – São Paulo. Caxias, Maranhão, Brasil.

O período gestacional compreende um processo fisiológico natural que resulta em uma série de alterações no corpo da mulher, a partir da fertilização. Essas adaptações marcam significativamente a estrutura corporal, preparando-a para acolher, nutrir e trazer à vida um novo ser, além disso, ocorrem também transformações psicológicas, resultante da busca da gestante em compreender a sua nova imagem¹.

Nesta lógica, enfatiza-se a importância do acompanhamento pré-natal no período gestacional, pois o profissional de saúde atua auxiliando e orientando a mulher em relação a essas mudanças. Além disso, o pré-natal é o primeiro passo para a efetivação de um parto e nascimento saudáveis. Dessa forma, com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade neonatal, o governo implementou políticas de saúde direcionadas ao apoio de consultas pré-natais de qualidade. Por conseguinte, originou-se a Rede Cegonha, na qual a mulher tem acesso ao teste rápido para confirmar a gravidez, aos testes rápidos de sífilis e HIV e a todos os exames necessários ao acompanhamento adequado da gestação²⁻⁴.

No entanto, ainda ocorre uma alta incidência de mortalidade neonatal precoce que está relacionada principalmente a falhas relacionadas à qualidade da atenção pré-natal, diagnóstico de alterações na gravidez, manejo obstétrico e atendimento do recém-nascido na sala de parto (reanimação). Portanto, os principais problemas que conduzem ao desfecho negativo da gestação referem-se a falhas na capacidade de prevenção e resposta devido ao surgimento de intercorrências durante a gravidez, parto e puerpério, coincidindo com o período perinatal⁵. A mortalidade neonatal é

uma subdivisão da taxa de mortalidade infantil que inclui as mortes ocorridas nos primeiros 28 dias de vida. O acompanhamento pré-natal é uma tecnologia utilizada para diminuir os riscos maternos e fetais com repercussão direta na mortalidade neonatal⁶.

Acrescenta-se que as taxas de óbitos neonatais evitáveis por meio de uma adequada atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstram a existência de condições desfavoráveis no atendimento à gestante e ao recém-nascido que acentuam a necessidade de investimentos na estrutura dos serviços e capacitação dos profissionais, com o intuito de melhorar a qualidade da atenção prestada à mulher nos serviços de atendimento pré-natal e ao neonato, principalmente os cuidados prestados no pós-parto imediato⁷.

Ademais, existem outros fatores relacionados a problemas durante o período gestacional, como o início tardio da atenção pré-natal e a pouca participação da mulher em atividades educativas. Esses problemas também são responsabilidades de toda a equipe de saúde, em especial da enfermagem, que deve adotar uma postura mais acolherada e utilizar de tecnologias leves que tenham como objetivo a promoção do acolhimento da mulher na rede de atenção à saúde⁴.

Desse modo, constata-se que a atenção pré-natal qualificada requer conhecimentos e habilidades específicas, no que se refere à fisiopatologia obstétrica e aos aspectos socioculturais dessa fase da vida da mulher, exigindo que os enfermeiros valorizem seu trabalho e o façam com competência buscando conhecimentos que tornem sua prática eficiente e capaz de promover a maternidade segura. A parceria dos enfermeiros com as

mulheres e suas famílias durante o ciclo gravídico é fundamental, a fim de facilitar as condições da atuação da enfermagem durante o período gestacional. Ressalta-se que o exercício de competências essenciais exige o exercício reflexivo e demanda, sobretudo, comprometimento com a transformação da realidade da saúde⁸.

Além disso, o enfermeiro possui funções na condução técnica do parto com execução de procedimentos, por isso o profissional deve compreender a importância da interação pessoal com a parturiente, de forma a prestar uma assistência humanizada e respeitosa, considerando que cada parto é singular para todas as pessoas envolvidas na gestação, que vão desde a família à equipe destinada a preparação para o parto (pré-natal), e os profissionais envolvidos neste momento⁹.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar as fichas de investigação e declarações de óbitos neonatais ocorridos em Caxias-MA, com vistas a se verificar causas, características e cuidados implementados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de cunho documental e abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade pública localizada no município de Caxias-MA. Reitera-se que a escolha da referida maternidade deveu-se ao fato de que, pelo exorbitante número de óbitos fetais e neonatais, o Estado interveio, por meio de uma ação de fiscalização da Vigilância Sanitária, que por sua vez, instigou uma ação do Minis-

tério Público, solicitando a tomada de decisões com vistas a diminuir tais acontecimentos.

Como fontes de dados, foram analisadas Fichas de Investigação de Óbitos Infantis (neonatais) e Declarações de Óbitos, de mulheres residentes em Caxias-MA, atendidas no referido serviço, no período de 2010 a 2014 e também se averiguaram dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) no referido recorte temporal, com vistas a confirmar os dados.

Ressalta-se que conforme o SIM, em Caxias-MA, ocorreram 290 óbitos neonatais (dos quais 232 em menores de 7 dias e 58 entre 7 e 28 dias). Entretanto, neste estudo serão apresentados os informes referentes a aproximadamente 225 óbitos neonatais, uma vez que nestes casos existiam ambos os documentos disponíveis - fichas de investigação e declarações de óbitos – e apresentaram uma maior completude de informações.

Desta maneira, de posse das informações, compôs-se um banco de dados, digitados no software *Statistical Package for the Social Sciences*– SPSS (versão 20.0 for Windows), posteriormente, consolidados por meio das técnicas de estatísticas descritivas (frequências absoluta e relativa). Além disso, acrescenta-se que ocorreu a realização do teste estatístico do Chi-quadrado (X^2) de Pearson. Posteriormente, procedeu-se a análise e discussão dos achados com base na literatura produzida sobre o tema.

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e, em seguida, direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 42337014.3.0000.5554 e aprovado com número de parecer: 1.153.280.

RESULTADOS

No que concerne ao peso do neonato que evoluiu a óbito, constatou-se que 158 (70,8%) óbitos aconteceram em conceptos com menos de 2.500 gramas e que 128 (29,2%) tinham mais de 2.500 gramas no momento da natimortalidade ou nascimento. Em relação à semana gestacional ao nascimento do conceito, averiguou-se que 141 (63,8%) óbitos deram-se entre 32 e 41 semanas, período considerado oportuno para o parto em condições de viabilidade do conceito e que 80 (36,2%) morreram antes de completar 32 semanas de gestação (Tabela 1).

Em relação às intercorrências no trabalho de parto, predominaram: nenhuma intercorrência (29,3%), trabalho de parto prematuro (11,6%), hipertensão (5,3%), pré-eclâmpsia

(3,6%) e ruptura prematura de membranas (2,2%). No que tange aos cuidados imediatos ao neonato mais desempenhados, verificou-se a predominância das seguintes variáveis: aspiração de vias aéreas 143 (63,5%) casos, medicamento endovenoso que foi realizado em 87 (38,7%) óbitos neonatais, oxigênio inalatório em 77 (34,2%) casos, intubação em 58 (25,8%) e oxigênio com máscara e ambu em 15 (6,7%) neonatos (Tabela 2).

Em se tratando do índice de Apgar, verificou-se que 80 (51%) óbitos ocorreram em neonatos que apresentaram Apgar no 1º minuto com valores entre 7 e 9 e, quanto ao 5º minuto, 114 (72,7%) casos também estavam nesse intervalo.

No que diz respeito à causa do óbito, notou-se que 104 (43,2%) tiveram etiologia respiratória, 27 (11,2%) óbitos estavam

Tabela 1. Dados relativos ao conceito/neonato e ao parto, conforme Fichas de Investigação e Declarações de Óbito Infantil (neonatal), confirmados no SIM, em óbitos ocorridos no período de 2010 a 2014. Caxias-MA, 2017

Variáveis	Tipo de Óbito						p
	< 7 dias		7 – 27 dias		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Peso (gramas)							0,696*
< 500	1	0,6	0	0,0	1	0,5	
500 – 999	31	18,0	3	5,9	34	15,2	
1.000 – 1.499	40	23,2	21	41,2	61	27,3	
1.500 – 1.999	27	15,8	10	19,6	37	16,6	
2.000 – 2.499	21	12,2	4	7,8	25	11,2	
2.500 – 2.999	19	11,0	4	7,8	23	10,3	
3.000 – 3.499	24	14,0	5	9,9	29	13,0	
3.500 – 3.999	9	5,2	2	3,9	11	5,0	
≥ 4000	0	0,0	2	3,9	2	0,9	
Total	172	100,0	51	100,0	223	100,0	
Semana gestacional ao nascimento							<0,001*
< 22 semanas	10	5,8	2	4,1	12	5,4	
22 – 27	25	14,5	4	8,2	29	13,2	
28 – 31	26	15,1	13	26,5	39	17,6	
32 – 36	67	39,0	15	30,6	82	37,1	
37 – 41	44	25,6	15	30,6	59	26,7	
Total	172	100,0	49	100,0	221	100,0	

*Teste Qui-quadrado de Pearson, p-valor.

Tabela 2. Dados relativos ao neonato, conforme as Fichas de Investigação e Declarações de Óbito Infantil, confirmados no SIM, em óbitos ocorridos no período de 2010 a 2014. Caxias-MA, 2017

Variáveis	Tipo de Óbito						
	< 7 dias		7 – 27 dias		Total		
	n	%	n	%	n	%	p
Intercorrências no trabalho parto							0,297*
Deslocamento da placenta	03	1,7	01	1,9	04	1,8	
Hemorragia	03	1,7	-	-	03	1,3	
Ruptura prematura de membranas	04	2,3	01	1,9	05	2,2	
Pré-eclâmpsia	06	3,5	02	3,9	08	3,6	
Hipertensão	08	4,6	04	7,8	12	5,3	
Trabalho de parto prematuro	20	11,5	06	11,8	26	11,6	
Gemelaridade	05	2,9	04	7,8	09	4,0	
Crescimento intrauterino restrito	03	1,7	-	-	03	1,3	
Má formação	05	2,9	-	-	05	2,2	
Outras intercorrências	08	2,3	03	-	04	1,8	
Nenhuma intercorrência	56	32,2	10	19,6	66	29,3	
Cuidados imediatos ao neonato							0,229*
Medicamento venoso	68	18,6	19	20,0	87	38,7	
Oxigênio com máscara e ambu	11	3,0	04	4,2	15	06,7	
Oxigênio inalatório	61	16,7	16	16,8	77	34,2	
Cateterismo umbilical	25	6,8	06	6,3	31	13,8	
Sondagem nasogástrica	39	10,7	08	8,4	47	20,9	
Intubação	47	12,9	11	11,6	58	25,8	
Aspiração das vias aéreas	113	31,0	30	31,6	143	63,5	
Outros cuidados	01	0,3	01	1,1	02	0,9	
Apgar** do 1º minuto							0,284*
0	03	2,4	-	-	03	1,9	
1	04	3,2	01	3,1	05	3,2	
2	05	4,1	-	-	05	3,2	
3	19	15,3	01	3,1	20	12,8	
4	03	2,4	-	-	03	1,9	
5	19	15,3	08	24,3	27	17,1	
6	11	8,8	03	9,1	14	8,9	
7	31	25,2	05	15,1	36	22,9	
8	15	12,1	06	18,1	21	13,4	
9	14	11,2	09	27,2	23	14,7	
Apgar do 5º minuto							0,206*
1	03	2,4	-	-	03	1,9	
2	01	0,8	-	-	01	0,6	
3	06	4,8	-	-	006	3,8	
4	04	3,2	01	3,0	5	3,2	
5	16	12,9	02	6,1	18	11,5	
6	07	5,6	03	9,1	10	6,4	
7	25	20,2	06	18,2	31	19,8	
8	33	26,7	07	21,2	40	25,5	
9	29	23,4	14	42,4	43	27,4	
Causa do óbito							0,190*
Síndrome do desconforto respiratório	64	34,2	06	11,1	70	29,0	
Septicemia	11	5,9	16	29,6	27	11,2	
Má formação cardíaca	22	11,8	08	14,8	30	12,4	
Insuficiência cardiopulmonar	06	3,2	01	1,8	07	3,0	
Baixo peso	08	4,3	04	7,4	12	5,0	
Encefalopatia isquêmica	08	4,3	02	3,7	10	4,1	
Infecção Própria do Período perinatal	06	3,2	02	3,7	08	3,3	
Asfixia	12	6,4	05	9,2	17	7,1	
Má formação congênita	06	3,2	-	0,0	06	2,5	
Outras	44	23,5	10	18,5	54	22,4	

*Teste Qui-quadrado de Pearson, p-valor. ** avaliação clínica do recém-nascido.

relacionados à septicemia e 36 (14,9%) às malformações e 12 (5%) deveram-se à prematuridade e ao baixo peso, além de 54 (22,4%) relacionaram-se a outras causas.

DISCUSSÃO

No que se refere ao peso ao nascer, observou-se que 158 (70,8%) óbitos aconteceram em conceptos com menos de 2.500 gramas. Outra pesquisa relacionada ao peso ao nascer constatou um maior percentual de óbitos (78,44%) e maior risco de morrer entre os RN de baixo peso, sendo 30 vezes mais elevado do que aquele registrado entre RN que nasceram com peso normal, isso é, entre 2.500 e 3.999 gramas¹⁰.

Outros investigadores traçaram o perfil dos óbitos neonatais precoces ocorridos em uma maternidade pública de referência em Minas Gerais, organizando três grupos: perfil 1: prevalência de 41,4% de óbitos considerados difíceis de ser evitados - concentrados na idade gestacional de até 27 semanas, com peso ao nascer inferior a 1000 gramas e entre 24 e 48 horas de vida; perfil 2: com 28,3% de prevalência, classificados como óbitos passíveis de redução - crianças que sobreviveram além das 48 horas iniciais de vida, nascidas de mães entre 25 a 29 anos e pesando entre 500 e 999g; perfil 3: 30,4% foi a prevalência de óbitos com características ainda mais consistentes com a possibilidade de redução - nascidos com pelo menos 28 semanas de gestação, pesando 1000g ou mais¹¹.

Acrescenta-se que outra averiguação demonstrou que cerca de 48% dos óbitos fetais brasileiros tiveram peso acima de 1.500 gramas e 29% acima de 2.500 gramas. Essas

proporções variaram segundo o porte do município sendo maiores nos de menor porte, com destaque para as Regiões Norte e Nordeste. Essa situação pode indicar a existência de deficiências no atendimento à gestação e ao parto e, possivelmente, esses óbitos poderiam ter sido evitados se existisse uma adequada organização da atenção à saúde¹².

Sobre essa temática, infere-se que o baixo peso ao nascimento, isto é, menos de 2.500 gramas, é mais comum em conceptos de mulheres com idades inferiores a 15 anos e superiores a 35 anos. Nessa perspectiva, enfatiza-se a necessidade de realização de uma investigação apurada, durante o pré-natal, por meio da ultrassonografia obstétrica, para se fazer o encaminhamento ao serviço de nutrição, que inclusive funciona na rede de atendimento de nível secundário, no Centro de Referência em Atendimento Materno Infantil (CEAMI), realizando a avaliação criteriosa da situação nutricional da mulher e melhorar este indicador¹³.

Ademais, compreende-se que, de fato, precisa ser feita uma análise da assistência ofertada na maternidade objeto desta investigação e também nos componentes do pré-natal, pois, provavelmente, está neste contexto o cerne da questão. Assim, criar e instalar instrumentos avaliativos permanentes que possibilitem um exame acurado de todas as ações implementadas no hospital, desde a admissão da mulher até a sua alta, pesquisando, inclusive, as atividades de saúde realizadas pela mulher em todo o período gravídico, é fundamental para se descobrir onde estão os entraves e/ou problemas assistenciais que possam estar interferindo nesse nascimento saudável.

Destaca-se, neste âmbito, a necessidade de fortalecimento da atenção primária, inclusive com a ampliação da disponibilidade de exames laboratoriais e de imagens e o fornecimento de suplementos, se for o caso, proporcionando um acompanhamento competente e que promova uma assistência potencializadora, acompanhando, rigorosamente, quaisquer modificações inesperadas nos períodos gestacional e puerperal e diminuindo e/ou evitando irregularidades, quer envolvendo a mulher ou o concepto.

E como se pode constatar, apesar de a maioria dos conceptos não ter conseguido alcançar 2.500 gramas, mas atingiu um período gestacional ideal, entre 32 e 41 semanas (63,8%), o que demonstra a real necessidade de manter a vigilância, pois uma variável deveria estar proporcionalmente mais associada à outra.

Esta realidade, por sua vez, entra em concordância com os dados disponíveis no portal de acompanhamento brasileiro dos objetivos do milênio, demonstrando que a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida, tendo no estabelecimento do cuidado adequado ao recém-nascido um dos desafios para reduzir tais índices em todo o país. Outrossim, afirma-se que o componente neonatal da mortalidade infantil está estreitamente vinculado à assistência prestada no período da gestação, no parto e ao recém-nascido; exigindo demandas mais responsáveis por parte de gestores, gestantes, profissionais e serviços de saúde¹⁴.

No que concerne aos dados referentes ao índice de Apgar, nesta pesquisa verificou-se que 51% dos óbitos ocorreram em neonatos que apresentaram Apgar no 1º minuto

com valores entre 7 e 9. Ressalta-se que o índice de Apgar é o método mais comumente empregado para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido à vida extrauterina, avaliando suas condições de vitalidade. Consiste na avaliação de 5 itens do exame físico do recém-nascido, com 1, 5 e 10 minutos de vida. Os aspectos avaliados são: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Para cada um dos 5 itens é atribuída uma nota de 0 a 2. Somam-se as notas de cada item e tem-se o total, que pode ser uma nota mínima de 0 e máxima de 10¹⁵.

Corroborando isso, um estudo de coorte prospectivo e multicêntrico dos nascidos vivos com idade gestacional de 23 a 33 semanas e peso de 400-1.500 g, que avaliou os fatores perinatais associados ao óbito neonatal precoce em prematuros, demonstrou que 579 recém-nascidos preencheram os critérios de inclusão. O óbito precoce ocorreu em 92 (16%) neonatos. O óbito intra-hospitalar precoce mostrou associação com: idade gestacional de 23-27 semanas (oddsratio - OR = 5,0; IC 95% 2,7-9,4), ausência de hipertensão materna (OR = 1,9; IC95% 1,0-3,7), Apgar 0-6 no 5º minuto (OR = 2,8; IC 95% 1,4- 5,4), presença de síndrome do desconforto respiratório (OR = 3,1; IC95% 1,4-6,6) e centro em que o paciente nasceu¹⁶.

Percebe-se que o resultado obtido em Caxias-MA contraria outras publicações, pois uma averiguação desenvolvida por outros estudiosos mostrou a medida do Apgar no 5º minuto, com maior concentração de asfixia moderada e grave, representada por Apgar < 7. Além disso, outro estudo apontou que o Apgar no 5º minuto de vida menor que 7 também

elevou o risco de morte aos recém-nascidos, apresentando uma probabilidade de morrer de 470,6 por mil^{17,18}.

Convém salientar que o Ministério da Saúde, em consonância com a Academia Americana de Pediatria, define que para as decisões quanto às condutas de reanimação em sala de parto, o índice de Apgar, apesar da sua reconhecida importância, não é o mais indicado para determinar o início da reanimação nem as manobras a serem instituídas no decorrer do procedimento, devendo ser decididos antes de ter se passado o primeiro minuto de vida. Portanto, sua aferição longitudinal permite avaliar a resposta do RN às manobras realizadas e sua eficácia e se o score for inferior a sete no 5º minuto, deve ser aplicado a cada cinco minutos, até 20 minutos de vida¹⁹.

Em um estudo caso-controle em que foram analisadas variáveis maternas e perinatais, comparando Rn pré-termo e a termo, 1.093 nascimentos, percebeu-se que diferenças significativas na Escala de Apgar no 1º e 5º minutos entre os dois grupos, constatando-se valores médios de 6,5 versus 7,9 e 7,9 versus 8,9, respectivamente. Por conseguinte, fazendo uma análise comparativa com os óbitos neonatais ocorridos na maternidade situada em Caxias-MA, este resultado encontra semelhanças, pois a maioria dos neonatos apresentaram mais de 32 semanas ao nascimento e também Apgar maior que 7 nos dois momentos²⁰.

Ainda assim, a assistência imediata ao neonato da referida maternidade precisa ser mais rigorosa, investigando que fatores estariam ligados ao grande número de óbitos relacionados aos problemas respiratórios, se

no 5º minuto de vida, a maioria dos recém-nascidos apresentaram boa vitalidade. Ou ainda, observar como a avaliação está sendo realizada ou anotada e, se não está ocorrendo erro no registro desta informação.

Reiterando esses dados, outros autores demonstraram que 39,7% dos óbitos neonatais ocorreram em conceptos com menos de 32 semanas de gestação. Assim, a prematuridade que também surge na discussão sobre causas de óbito em 103 casos (44%) é uma importante condição e possível parâmetro de mensuração de vida e de morte, exigindo reflexão por parte dos serviços, gestores e profissionais de saúde. Ressalta-se que a excessiva prevalência de partos prematuros, pode denunciar falhas no acompanhamento tanto pré-natal, quanto intra e pós-parto²¹.

Continuando as discussões, no que diz respeito às causas dos óbitos fetais verificou-se a predominância das complicações respiratórias tais como síndrome do desconforto respiratório, insuficiência respiratória e cardiopulmonar, anóxia, encefalopatia isquêmica. Isto demonstra mais uma vez que tais intercorrências precisam ser rigorosamente acompanhadas, devendo ser classificadas, como por exemplo, por meio da categorização do Near miss – referindo-se aos recém-nascidos que quase morreram por graves condições, mas apesar disso, sobreviveram^{17,18,22,23}.

Destaca-se que, repetidamente, as intercorrências respiratórias representam importantes problemas aos conceptos assistidos na maternidade supracitada, quer durante o trabalho de parto, logo após o nascimento, ou mesmo como causa do óbito, embora em nenhuma dessas situações tenham demonstrado significância estatística, conforme os

valores do Teste Qui-quadrado (0,229, 0,284, 0,206 e 0,190), superior a 0,05. Estes resultados podem indicar um ponto de partida para os profissionais de saúde concentrarem sua atuação, mediante a implantação de ações para minimizar as alterações e reestabelecer as condições ideais com o fornecimento de oxigênio, estratégias de ventilação, antibioterapia (mediante avaliação criteriosa), lavagem pulmonar com surfactante, uso de surfactante e fisioterapia, conforme indicação.

CONCLUSÃO

Constatou-se que em muitos casos o óbito do concepto aconteceu em condições plenas de continuidade com a vida, haja vista os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e outras entidades internacionais. Por isso, compreende-se que a integridade do cuidado e a gestão oportuna, poderão

interferir, positivamente, na prevenção da neomortalidade.

Dessa forma, sugere-se a instalação de medidas protetivas à vida e à saúde do nascituro em diversos âmbitos de atenção e envolvendo os atores sociais participantes de todo o processo gestatório e pós-parto: investir em formação dos profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros obstetras e neonatologistas, para manterem uma vigilância intensa e qualificada; analisar a efetividade dos princípios da integralidade e hierarquização no SUS, verificando cada item partícipe das ações nos três níveis de atenção, com vistas a criar uma interlocução na condução das ações necessárias à oferta da assistência; fortalecer o sistema de referência e contrarreferência; monitorar, rigorosamente, as condições de alimentação e nutrição da gestante, bem como da exposição ao uso de fármacos, álcool e/ou outras drogas e infecções que poderiam atentar contra o nascimento saudável.

REFERÊNCIAS

- Mann L, Kleinpaul JF, Mota, CB, Santos SG. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. *Motriz*. 2010; 16(3): 730-741.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Gravidade, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Martins MFSV. O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: uma reflexão. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(6): 1008-1012.
- Costa CSC, Vila VSC, Rodrigues FM, Martins CA, Pinho LMO. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. *Rev Eletr Enf*. 2013; 15(2): 516-522.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: mortalidade perinatal. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- Granzotto AJ, Fonseca SS, Lindemann FL. Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal na região Sul do Brasil. *Rev AMRIGS*. 2012; 56(1): 57-62.
- Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Esc Enferm*. 2014; 48(5):778-786.
- Brandão ICA, Godeiro ALS, Monteiro AI. Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20(esp.1): 596-602.
- Bittencourt IS, Oliveira ZM. Complicações do parto natural: assistência de enfermeiros (as) obstetras. *Rev Saúde Com*. 2009; 5(1): 38-49.
- Soares ES, Menezes GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 19(1): 51-60.
- Assis HM, Machado CJ, Rodrigues RN. Perfis de mortalidade neonatal precoce: um estudo para uma Maternidade Pública de Belo Horizonte (MG), 2001-2006. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(4): 675-686.
- Maranhão AGK, Vasconcelos AMN, Aly CMC, Rabello Neto DL, Porto DL, Oliveira H, et al. Como morrem os brasileiros: caracterização e distribuição geográfica dos óbitos no Brasil, 2000, 2005 e 2009. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: 2011.

13. Gravena AAS, Sass A, Marcon SS, Pelloso SM. Resultados perinatais em gestações tardias. *Rev Esc Enferm.* 2012; 46(1):15-21.
14. Portal ODM. Acompanhamento brasileiro dos objetivos de desenvolvimento do milênio. Indicadores de ODM em Estados e Municípios. [s.n.:s.l.], 2016.
15. Picon PX, Marostica PJC, Barros E. *Pediatria Consulta Rápida*. 1. ed. São Paulo: Artmed; 2010.
16. Almeida MB, Guinsburg R, Martinez FE, Procianny RS, Leone CR, Marba STM, et al. Fatores perinatais associados ao óbito precoce em prematuros nascidos nos centros da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. *J Pediatr.* 2008; 84(4): 300-307.
17. Leal C, Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(1):S20-S33.
18. Maran E, Uchimura TT. Mortalidade Neonatal: fatores de risco em um município no sul do Brasil. *Rev Eletrônica Enferm.* 2008; 10(1):29-38.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
20. Madi JM. Avaliação dos fatores associados à ocorrência de prematuridade em um hospital terciário de ensino. *Rev AMRIGS.* 2012; 56(2):111-118.
21. Andrade LG, Amorim MMR, Cunha ASC, Leite SRF, Vital SA. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade de escola em Pernambuco: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(6): 285-292.
22. Almeida MFB, Alencar GP, Schoeps D, Novaes HMD, Campbell O, Rodrigues LC. Sobrevida e fatores de risco para mortalidade neonatal em uma coorte de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer, na Região Sul do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(6):1088-1098.
23. Oliveira LC, Costa AAR. Óbitos fetais e neonatais entre casos de *near miss* materno. *Rev Assoc Med Bras.* 2013; 9(5): 487-494.

CORRESPONDÊNCIA

Marcus Vinicius da Rocha Santos da Silva
Rua Aarão Reis, 1000, Centro
CEP: 65606-020 - Caxias-MA
E-mail: marcusvinicius.darocha@yahoo.com.br