



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO SOBRE MORTALIDADE PERINATAL E EVITABILIDADE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PERINATAL MORTALITY AND PREVENTABILITY

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDAD PERINATAL Y EVITABILIDAD

Rute Candida Pereira¹, Maria das Neves Figueiroa², Idalacy de Carvalho Barreto³, Lais Naiara Cezar Cabral⁴, Marcelle Luana Carneiro Lemos⁵, Vanessa Lais Leão Raposo Marques⁶

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil epidemiológico sobre óbitos perinatais e evitabilidade em Pernambuco, no triênio 2009-2011. **Método:** estudo ecológico, realizado utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e a lista de causas de morte evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde (SUS). **Resultados:** a taxa de mortalidade perinatal foi de 18,8 óbitos/1.000 nascimentos. As maiores proporções de óbitos foram de prematuros, nos partos vaginais, de mães com mais de nove anos de estudo. As afecções no período perinatal estiveram associadas ao grupo de causas de morte com maior percentual (87,5%) e 77,4% das mortes foram classificadas como evitáveis. **Conclusão:** a alta prevalência de mortes perinatais evitáveis aponta a necessidade de planejamento e execução de ações para promoção da saúde e prevenção dessa mortalidade. **Descritores:** Mortalidade Perinatal; Sistemas de Informação em Saúde; Causas de Morte.

ABSTRACT

Objective: describe the epidemiological profile of perinatal deaths and preventability in Pernambuco, Brazil, in the triennium 2009-2011. **Method:** ecological study, carried out by using the Brazilian Mortality Information System (SIM), the Brazilian Live Birth Information System (SINASC), and the list of preventable causes of death through interventions from the Brazilian National Health System (SUS). **Results:** the perinatal mortality rate was 18.8 deaths/1,000 births. The higher proportions of deaths were among premature babies, vaginal births, mothers with more than nine years of school education. Conditions within the perinatal period were associated with the group of causes of death with the higher percentage (87.5%) and 77.4% of deaths were classified as preventable. **Conclusion:** the high prevalence of preventable perinatal deaths points out the need for planning and executing actions to promote health and prevent such mortality. **Descriptors:** Perinatal Mortality; Health Information Systems; Causes of Death.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil epidemiológico de muertes perinatales y evitabilidad en Pernambuco, Brasil, en el trienio 2009-2011. **Método:** estudio ecológico, llevado a cabo mediante el uso del Sistema de Información de Mortalidad de Brasil (SIM), el Sistema de Información de Nacidos Vivos de Brasil (SINASC) y la lista de causas prevenibles de muerte a través de intervenciones del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS). **Resultados:** la tasa de mortalidad perinatal fue de 18,8 muertes/1.000 nacimientos. Las proporciones más altas de muertes estaban entre bebés prematuros, partos vaginales, madres con más de nueve años de educación escolar. Las condiciones en el período perinatal se asociaron con el grupo de causas de muerte con mayor porcentaje (87,5%) y 77,4% de las muertes se clasificaron como evitables. **Conclusión:** la alta prevalencia de muertes perinatales prevenibles señala la necesidad de planificación y ejecución de acciones para promover la salud y prevenir esta mortalidad. **Descritores:** Mortalidad Perinatal; Sistemas de Información de Salud; Causas de Muerte.

¹Enfermeira, Doutora em Nutrição, Professora, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG), Universidade de Pernambuco (UPE). Recife (PE), Brasil. E-mail: rucape@hotmail.com.br; ²Enfermeira, Doutora em Biologia Celular e Estrutural, Professora, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG), Universidade de Pernambuco (UPE). Recife (PE), Brasil. E-mail: nevesfigueiroa@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestre em Avaliação em Saúde, Coordenadora, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE). Recife (PE), Brasil. E-mail: idalacybarreto@gmail.com; ⁴Enfermeira, Universidade de Pernambuco (UPE). Recife (PE), Brasil. E-mail: lais_ccabral@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Universidade de Pernambuco (UPE). Recife (PE), Brasil. E-mail: marcellelemons3@gmail.com; ⁶Enfermeira, Universidade de Pernambuco (UPE). Recife (PE), Brasil. E-mail: vanessa.leaomarques@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A mortalidade perinatal compreende tanto os óbitos fetais (ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação e/ou com peso a partir de 500 g) quanto os óbitos neonatais precoces (ocorridos no período de 0 a 6 dias de vida), uma vez que esses óbitos partilham as mesmas circunstâncias e etiologias, que influenciam a viabilidade do feto, no final da gestação, e da criança, nas primeiras horas e dias de vida, o que justifica sua análise em conjunto.¹

O conhecimento do perfil dos óbitos na tenra idade possibilita destacar áreas críticas, identificar e monitorar fatores associados a essa mortalidade, bem como formular hipóteses sobre a qualidade dos serviços de saúde, podendo auxiliar no planejamento e redirecionamento de ações voltadas à área materno-infantil.^{2,3}

Dessa forma, os óbitos perinatais são considerados eventos-sentinelas da qualidade assistencial e do sistema de saúde, pois representam ocorrências desnecessárias com potencial de intervenção se o serviço de saúde funcionar adequadamente e de acordo com a tecnologia médica disponível. Assim, percebe-se a estreita relação entre mortalidade perinatal e qualidade da assistência prestada, bem como acesso e utilização dos serviços de saúde.^{4,5}

Um percentual expressivo de óbitos perinatais está associado a causas claramente evitáveis^{2,3,6}, dentre as quais ocupam posição de destaque as afecções maternas, principalmente transtornos hipertensivos e sífilis, e fetais, como complicações placentárias, de membranas, de cordão umbilical, assim como asfixia.⁶ Salienta-se que essas causas possuem maior potencial de prevenção se houver assistência adequada.⁷

Na perspectiva de identificar causas evitáveis e fatores determinantes dos óbitos infantil e fetal, o Ministério da Saúde editou a Portaria n. 72, de 11 de janeiro de 2010, a qual estabelece a obrigatoriedade dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), investigarem esses óbitos, para subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir essas ocorrências.⁸

A morte evitável é aquela cuja ocorrência está diretamente relacionada à intervenção médica e de serviços de saúde de qualidade. A evitabilidade passou a ser classificada segundo diversos critérios, para sistematizar e compreender os diferentes fatores que contribuem para a ocorrência desses óbitos,

além de avaliar a efetividade do sistema de saúde.^{1,4}

No Recife, capital de Pernambuco, no Nordeste do Brasil, foi realizado um estudo na área de abrangência do Distrito Sanitário VI, onde se detectou que os coeficientes de mortalidade neonatal (CMN) em 2006 e 2007 foram, respectivamente, 8,4 e 6,7 por 1.000 nascidos vivos (NV), e que as afecções perinatais ainda prevalecem como principal causa de morte (50%).³

No Brasil, as taxas de mortalidade fetal e neonatal precoce vêm diminuindo. No período de 2000 a 2012, houve redução de 9,64% na taxa de mortalidade fetal e 33,6% na taxa de mortalidade neonatal precoce.³ No mesmo período, no estado de Pernambuco, a taxa de mortalidade fetal reduziu em 21,1% e a de mortalidade neonatal precoce em 41,4%.⁹

Diante da maior participação do componente neonatal precoce na mortalidade infantil e da disponibilidade de intervenções efetivas capazes de reduzir as mortes fetais e neonatais, torna-se relevante investigar a mortalidade perinatal. Assim, este estudo objetiva descrever o perfil epidemiológico classificando óbitos perinatais em Pernambuco, no triênio 2009-2011, conforme evitabilidade.

MÉTODO

A área de estudo refere-se ao estado de Pernambuco, Brasil, que possui uma extensão territorial de 98.148 km², sendo composto por 185 municípios. O estado, no ano de 2013, contava com uma população residente de 9.208.550 habitantes, correspondendo à densidade demográfica de 92,8 habitantes/km².¹⁰ De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado (PDR), Pernambuco é dividido em 12 regiões de saúde¹¹, que são espaços geográficos contínuos, com agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados.¹²

Este é um estudo ecológico, descritivo e transversal sobre mortalidade perinatal no estado de Pernambuco, no período de 2009 a 2011. As fontes de dados foram o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), fornecidos pela Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES/PE). A pesquisa compreendeu informações sobre nascidos vivos e óbitos fetais e neonatais precoces ocorridos no período de sua realização.

Nóbrega MF, Santos MTBR, Davim RMB et al.

Perfil de gestantes com síndrome hipertensiva...

A partir da base de dados do SIM, foram extraídas, com o auxílio do programa *TabWin*, as variáveis maternas (idade e escolaridade) relativas à gestação e ao parto (tipo de gravidez, tipo de parto e óbito em relação ao parto) e ao natimorto/neonato (sexo, peso e duração da gestação), segundo os objetivos propostos. As variáveis extraídas compuseram um banco de dados secundário, cuja qualidade foi analisada para verificação de consistência e completude dos dados. Para resgatar variáveis ignoradas e/ou em branco no SIM, foi realizado *linkage* determinístico com o SINASC.

Para construção do perfil epidemiológico, admitiu-se completude excelente de preenchimento das variáveis, obedecendo aos parâmetros propostos por Romero e Cunha¹³, quais sejam: excelente (com menos de 5% de incompletude), bom (5% a 10%) e regular (10% a 20%).

O coeficiente de mortalidade perinatal de Pernambuco e os específicos por Gerência Regional de Saúde (Geres) foram calculados conforme orientação do Ministério da Saúde¹, excluídos os óbitos com omissão do município de residência (Fórmula 1).

$$\text{Mortalidade perinatal} = \frac{\text{óbitos fetais } (\geq 22 \text{ SG ou peso } \geq 500 \text{ g}) + \text{óbitos neonatais (0-6 dias de vida)}}{\text{nascidos vivos} + \text{óbitos fetais}} \times 100$$

Fórmula 1. Cálculo do coeficiente de mortalidade perinatal

Em relação às causas de morte, todos os óbitos foram listados pela causa básica segundo a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).¹⁴ Em seguida, os óbitos perinatais e neonatais precoces foram classificados de acordo com a lista de causas de morte evitáveis de menores de 5 anos de idade, por intervenções do SUS, categorizadas em: 1) reduzíveis por (a) ações de imunoprevenção, (b) adequada atenção à mulher, na gestação e no parto, ao feto e ao recém-nascido, (c) ações adequadas de diagnóstico e tratamento, (d) ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde; 2) causas de morte mal definidas; e 3) demais causas (não claramente evitáveis).^{4,15}

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), sob o Parecer n. 232.946 e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 12078413.9.0000.5192, em abril de 2013.

RESULTADOS

No período estudado, foram registrados no SIM 8.380 óbitos em menores de 1 ano. Destes, foram excluídos 325 registros devido à

incompletudes (3,9%), do que resultaram 8.055 óbitos, sendo 4.595 fetais (57,0%) e 3.460 neonatais precoces (43,0%). Após análise de consistência dos dados, dois registros anteriormente classificados como óbitos fetais foram reclassificados como óbitos neonatais precoces, por possuírem declaração de nascido vivo (DNV).

Ao analisar o coeficiente do triênio (2009-2011), observou-se que a taxa de mortalidade perinatal de Pernambuco foi de 18,8 óbitos/1.000 nascimentos. Dentre as Geres, a XI apresentou a maior taxa no período (27,1/1.000) e a I teve a menor (16,3/1000) (Figura 1). Em relação à evolução, comparando os anos de 2009 e 2011, observa-se redução de 12,9% no agregado do estado. No período de 2009 para 2010, houve redução marcante do coeficiente de mortalidade perinatal na Geres XI, como também na Geres VIII, porém menor. No período de 2010 a 2011, houve redução dessa taxa na Geres VI, assim como foram mantidas as melhorias.

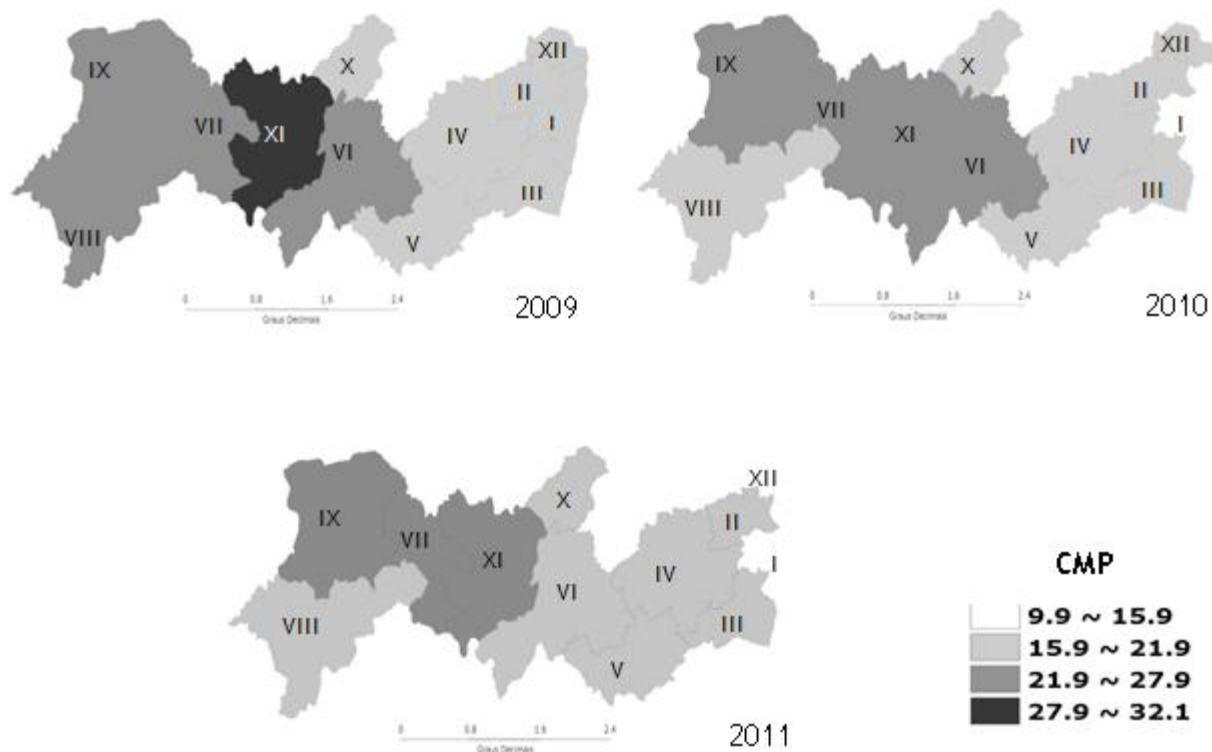


Figura 1. Distribuição dos coeficientes de mortalidade perinatal por Geres. Pernambuco, 2009-2011.

Em relação às características maternas (Tabela 1), a maior proporção dos óbitos perinatais foi de mães com 20 a 34 anos de idade. A escolaridade de 57% delas era Ensino Médio e Ensino Superior incompleto. Observou-se predomínio marcante de gravidez única e parto vaginal, porém com parto cesáreo ainda em percentual expressivo.

Quanto aos conceitos, constatou-se forte polarização de óbitos em relação ao período de ocorrência tomando o parto por referência. Dessa forma, notam-se altos percentuais de

óbitos anteriores e posteriores ao parto, enquanto que a ocorrência transpartal foi mais rara. Esses óbitos acometeram principalmente conceitos de baixo peso, mas estiveram presentes também óbitos de conceitos com peso adequado e em ambos os casos houve predomínio do sexo masculino.

Constatou-se que os óbitos foram mais frequentes nas gestações com menos de 37 semanas, mas vale ressaltar um percentual acima de 20% dos conceitos com idade gestacional de 37 a 31 semanas.

Tabela 1. Óbitos perinatais segundo sexo, peso, duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto, idade da mãe e escolaridade da mãe. Pernambuco, 2009-2011.

Relacionadas	Variáveis	n	%
À mãe	Idade da mãe		
	10 a 19 anos	1.676	20,8
	20 a 34 anos	4.642	57,6
	≥ 35 anos	947	11,8
	Não informado	790	9,8
	Escolaridade da mãe		
	Sem escolaridade	47	0,6
	Ensino Fundamental I (1ª a 4ª série)	572	7,1
	Ensino Fundamental II (5ª a 8ª série)	919	11,4
	Ensino Médio	2.217	27,5
À gestação e ao parto	Ensino Superior incompleto	2.374	29,5
	Ensino Superior completo	565	7,0
	Não informado	1.361	16,9
	Tipo de gravidez		
	Única	7.135	88,6
	Dupla	501	6,2
	Tripla ou mais	26	0,3
	Não informado	393	4,9
	Tipo de parto		
	Vaginal	5.472	67,9
Cesáreo	2.163	26,9	
Não informado	420	5,2	
Ao natimorto/neonato	Óbito relacionado ao parto		
	Antes	4.127	51,3
	Durante	165	2,0
	Depois	3.222	40,0
	Não informado	541	6,7
	Sexo		
	Masculino	4.364	54,2
	Feminino	3.420	42,5
	Não informado	271	3,3
	Peso		
Baixo peso (< 2.500 g)	5.083	63,1	
Peso adequado (2.500-3.999 g)	2.101	26,1	
Excesso de peso (≥ 4.000 g)	219	2,7	
Não informado	652	8,1	
Duração da gestação			
< 37 semanas	4.983	61,9	
De 37 a 41 semanas	2.275	28,2	
≥ 42 semanas	88	1,1	
Não informado	709	8,8	

Em relação às causas de óbitos segundo a CID-10 (Tabela 2)¹⁴, identificou-se que as do Capítulo XVI, “Afecções originadas no período perinatal”, responderam pelo maior percentual do total dos óbitos, tendo como causas predominantes asfixia ao nascer e hipóxia intrauterina, como também esteve presente percentual maior que 10% de morte fetal por causas não especificadas.

As malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, correspondentes ao Capítulo XVII da CID-10¹⁴, constituíram o segundo grupamento preponderante das

causas básicas, predominando malformações congênitas não classificadas em outra parte, seguidas das anomalias cardíacas, bem como anencefalia e malformações similares.

Foram observadas diferenças entre os componentes da mortalidade perinatal no que diz respeito às causas de morte. Entre os óbitos fetais, a causa mais frequente foi a asfixia/hipóxia, seguida pela morte fetal decorrente de causa não especificada e afecções maternas, todavia, para os óbitos neonatais precoces, as afecções maternas foram a causa preponderante.

Tabela 2. Número e proporção dos óbitos perinatais em relação a CID-10. Pernambuco, 2009 a 2011.

Capítulos e causas no CID-10	Fetal		Neonatal precoce		Perinatal	
	N	%	N	%	N	%
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A09, A50)	76	1,7	21	0,6	97	1,2
Sífilis congênita (A50)	76	1,7	18	0,5	94	1,2
Demais causas do Capítulo I	0	0,0	3	0,1	3	0,0
Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)	4.270	92,9	2.779	80,3	7.049	87,5
Asfixia ao nascer e hipóxia intrauterina (P20-P21)	1064	23,2	294	8,5	1358	16,9
Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual (P00)	740	16,1	390	11,3	1130	14,0
Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas (P02)	723	15,7	270	7,8	993	12,3
Morte fetal de causa não especificada (P95)	908	19,8	7	0,2	915	11,4
Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez (P01)	221	4,8	282	8,2	503	6,2
Outras afecções originadas no período perinatal (P96)	323	7,0	42	1,2	365	4,5
Desconforto respiratório do recém-nascido (P22)	0	0,0	324	9,4	324	4,0
Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer não classificados em outra parte (P07)	11	0,2	287	8,3	298	3,7
Septicemia bacteriana do recém-nascido (P36)	0	0,0	209	6,0	209	2,6
Síndrome de aspiração neonatal (P24)	0	0,0	143	4,1	143	1,8
Outras afecções respiratórias originadas no período perinatal (P28)	0	0,0	138	4,0	138	1,7
Feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto (P03)	99	2,2	33	1,0	132	1,6
Demais causas do Capítulo XVI	181	3,9	360	10,4	541	6,7
Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	241	5,2	570	16,5	811	10,1
Outras malformações congênitas não classificadas em outra parte (Q89)	111	2,4	158	4,6	269	3,3
Outras malformações congênitas do coração (Q24)	18	0,4	117	3,4	135	1,7
Anencefalia e malformações similares (Q00)	56	1,2	73	2,1	129	1,6
Demais causas do Capítulo XVII	56	1,2	222	6,4	278	3,5
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R09, R63, R95, R98, R99)	0	0,0	44	1,3	44	0,5
Morte sem assistência (R98)	0	0,0	25	0,7	25	0,3
Demais causas do Capítulo XVIII	0	0,0	19	0,6	19	0,2
Demais causas	3	0,1	39	1,1	42	0,5
Ignorado	5	0,1	7	0,2	12	0,1
Total	4.595	100,0	3.460	100,0	8.055	100,0

Fonte: Preparada pelas autoras.

Dos óbitos perinatais com peso maior que 1.500 g (Tabela 3), 77,4% constituíram mortes por causas evitáveis. Identificou-se que a maior parte desses óbitos foi considerada reduzível por adequada atenção à mulher ao longo de todo o processo gestacional,

complementada pela atenção ao feto e ao recém-nascido.

Destaque-se que as causas de morte mal definidas e não claramente identificadas como evitáveis representaram juntas um percentual de 22,6% dos óbitos.

Tabela 3. Distribuição dos óbitos perinatais segundo a classificação da lista brasileira de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde em menores de 5 anos. Pernambuco, 2009-2011.

Causas	N	%
1. Causas evitáveis	3.131	77,4
1.1. Reduzíveis por ações de imunoprevenção	0	0,0
1.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher, na gestação e no parto, e ao feto e ao recém-nascido	3.110	76,9
1.2.1. Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação	791	19,6
1.2.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto	1383	34,2
1.2.3. Reduzíveis por adequada atenção ao feto e ao recém-nascido	936	23,1
1.3. Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	5	0,1
1.4. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde	16	0,4
2. Causas de morte mal definidas	171	4,2
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	743	18,4
Total	4045	100,0

Nota: Foram excluídos óbitos com peso ao nascer < 1.500 g ou não informado.

Fonte: Preparada pelas autoras.

DISCUSSÃO

Apesar da redução da mortalidade perinatal observada nesse triênio, o estudo mostrou que essa taxa ainda é elevada (18,8/1.000 nascidos vivos), havendo predominância dos óbitos fetais (57%). No mesmo período, os estados da Paraíba (9,6/1.000 nascimentos), Rio Grande do Norte (11,8/1.000 nascimentos), Ceará (12,7/1.000 nascimentos) e Bahia (14,9/1.000 nascimentos) apresentavam menores coeficientes de mortalidade perinatal.⁹

Em Pernambuco, a mortalidade perinatal não se distribuiu de forma homogênea nas doze Geres. As diferenças socioeconômicas e culturais, além da desigualdade de acesso aos serviços de saúde, contribuíram para a heterogeneidade na distribuição da mortalidade perinatal no estado.¹⁶ As menores taxas, observadas na Geres I, II e XII, podem ser atribuídas à maior renda pela disponibilidade trabalho, melhor nível de escolaridade e, pelo menos em parte, à sua proximidade da capital do estado, onde se concentram os serviços de saúde de maior complexidade e há maior número de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI). Situação diferente se verifica nas Geres VI, VII, IX e XI, localizadas no sertão do estado, nas quais as maiores taxas podem refletir piores condições socioeconômicas e de disponibilidade de serviços de média e alta complexidade.

Além da alta taxa de mortalidade nessas regiões, também ocorre subregistro dos óbitos, pois que há sepultamentos em cemitérios clandestinos, sem exigência da certidão do óbito, e pela cultura da região ao considerar o natimorto um nascido vivo.¹⁷

Quanto à condição materna de idade e nível de escolaridade, alguns estudos descrevem que o grau de instrução e a faixa etária não influenciam diretamente na mortalidade perinatal, mas se relacionam à

falta de cuidados básicos e à baixa condição socioeconômica, situações contrárias à saúde materna e infantil.^{18,19}

Em relação aos aspectos afeitos à gravidez e ao parto, este estudo mostrou maior percentual de óbitos antecedendo o parto, já que a taxa de mortalidade do componente fetal foi maior que a neonatal precoce. Ressalte-se que grande número dessas mortes decorreu de complicações na gravidez e doenças maternas²⁰, o que requer atenção por refletir a qualidade da assistência pré-natal.

Em relação às variáveis relativas ao natimorto/neonato, identificar maior proporção de óbitos perinatais dentre conceitos com baixo peso ao nascer e prematuros justifica-se por serem fatores com alto impacto na sobrevivência infantil.^{7,18,19} Essas características também explicam a maior mortalidade do sexo masculino, já que sua maturidade pulmonar é mais tardia que a do sexo feminino, aumentando, assim, problemas respiratórios, umas das principais causas da mortalidade perinatal.¹⁶ Dentre as variáveis neonatais, merece mencionar uma importante proporção de óbitos de fetos com peso adequado, enfatizando a evitabilidade dessas mortes, consideradas eventos sentinela.⁷

É importante ressaltar que o peso e a duração da gestação não podem ser considerados fatores de risco separadamente, mas, sim, mediadores junto a outros fatores como escolaridade materna, condições socioeconômicas, características biológicas, hábitos de vida maternos, acesso e qualidade da assistência durante a gestação.¹⁸

A causa de morte por afecções originadas no período perinatal obteve a maior proporção, resultado semelhante ao de um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro⁶ e aos de outros estudos sobre morte neonatal.^{6,21,22}

Nóbrega MF, Santos MTBR, Davim RMB et al.

A influência das causas maternas nas mortes perinatais permite a discussão do papel da atenção primária e da qualidade de vida dessa população. As síndromes hipertensivas e as hemorrágicas (descolamento de placenta e placenta prévia) ainda são causas prevalentes que podem influir, isoladamente ou associadas, nessa mortalidade, visto que o descolamento prematuro de placenta corresponde geralmente a uma complicação das síndromes hipertensivas.²³

É importante ressaltar que é inadmissível a ocorrência de mortes por sífilis congênita, sendo esse agravo considerado um evento-sentinela da qualidade dos serviços, devido ao fácil diagnóstico materno e ao baixo custo de seu tratamento. Esse problema é reflexo da não realização ou baixa qualidade do pré-natal e, também, da negligência dos profissionais de saúde em relação à doença.²³

O baixo percentual de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, em relação ao total de óbitos perinatais, merece atenção por ser o estudo realizado em país em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, essas afecções assumem um valor proporcionalmente maior dos óbitos perinatais, em decorrência do baixo percentual de mortes por causas evitáveis.²⁴

A alta taxa de *morte fetal de causa não especificada* encontrada é frequente, também, em outros estudos.^{5,23} Apesar de haver algumas dificuldades, é fundamental que essas mortes sejam avaliadas com o objetivo de identificar a etiologia e adotar medidas preventivas. Recomenda-se, além da necropsia, a investigação desses óbitos, o que possibilita esclarecer as circunstâncias que podem ter levado a esse desfecho.

Na classificação do potencial de evitabilidade, em Pernambuco, os óbitos decorrentes de causas evitáveis põem em questão a qualidade da atenção pré-natal, obstétrica e neonatal. Pesquisa sobre a magnitude dos óbitos neonatais por causas evitáveis ocorridos em uma UTI de Teresina-PI verificou que 72% das mortes poderiam ter sido evitadas por adequada assistência na gestação.²² Já no estado de Pernambuco, no período de 2002 a 2008, a maioria dos óbitos perinatais poderiam ser evitados caso houvesse adequada atenção ao recém-nascido e à mulher, na gestação e no parto, nessa ordem de proporção.³

Em Piri-piri-PI, no ano de 2008, dentre os óbitos perinatais, houve predomínio das mortes classificadas como causa anteparto (38,1%), seguida de asfixia (28,6%), relacionadas com a ausência ou inadequação

Perfil de gestantes com síndrome hipertensiva...

do pré-natal e falha na atenção obstétrica ou na reanimação neonatal, respectivamente.² Já em uma localidade na cidade do Rio de Janeiro, houve prevalência da causa anteparto (56,0%), seguida da imaturidade (14,8%).⁶

A análise da evitabilidade dos óbitos permitiu identificar que as possíveis falhas relacionadas à ocorrência dos óbitos concentram-se na assistência dispensada à mulher no parto, o que justifica o alto percentual de asfixia/hipóxia.^{7,25}

A adoção de medidas básicas e efetivas, como estruturação dos hospitais, recursos humanos suficientes e qualificados, adequado monitoramento do trabalho de parto e do feto, utilização dos instrumentos disponíveis para esse monitoramento, humanização da assistência, adoção de práticas recomendadas para um nascimento saudável e identificação precoce de sinais de agravos neonatais certamente reduziria a ocorrência de óbitos perinatais decorrentes de falhas no manejo obstétrico e neonatal.^{2,5,7}

CONCLUSÃO

Neste estudo, identificaram-se condições favoráveis de nascimento, configuradas pela alta frequência de mães com boa escolaridade, a idade gestacional era maior que 37 semanas, partos eram únicos e vaginais, conceptos com mais de 1.500 g ao nascer. Apesar dessas condições de alta evitabilidade de óbitos, estiveram presentes percentuais elevados de falha assistencial à mãe, à gestação, ao parto e ao concepto.

Como estratégia para a redução da mortalidade perinatal, destacam-se o fortalecimento da vigilância dos óbitos fetais e infantis, bem como a estruturação de comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. A vigilância, atuando em conjunto com a assistência à saúde, compreende os processos de notificação, investigação, discussão e classificação da evitabilidade desses óbitos, para identificar possíveis problemas nos diferentes níveis de assistência, propor medidas para a melhoria da qualidade da atenção, bem como incentivar outras ações voltadas a essa área. Os comitês podem monitorar o cumprimento das recomendações realizadas pelos grupos técnicos de discussão dos óbitos. O trabalho desse conjunto viabiliza a alimentação dos bancos de dados epidemiológicos, cuja análise contribui para o planejamento e execução de ações de saúde voltadas à redução da mortalidade perinatal.

AGRADECIMENTO

À Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica (DGIAEVE), da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), por fornecerem os dados do SIM e SINASC e pela sua colaboração na pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2nd ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
2. Barreto JOM, Nery IS, Mendes YMMB. Mortalidade perinatal: uma análise com enfoque na evitabilidade. *Cogitare Enferm* [serial on the internet]. 2011 [cited 2014 Apr 22];16(1):88-95. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/21117/13943>
3. Low ST, Araújo EC, Oliveira TBT, Tenório APS, Cavalcanti DAC. Óbitos em menores de um ano em um distrito sanitário. *J Nurs UFPE on line* [serial on the internet]. 2010 [cited 2013 June 19];4(1):289-97. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/viewFile/780/pdf_322
4. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Morais Neto OL, Moura L, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* [serial on the internet]. 2007 [cited 2014 Jan 7];16(4):233-44. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=en&nrm=iso
5. Martins EF, Rezende EM, Lana FCF, Souza KV. Óbitos perinatais investigados e falhas na assistência hospitalar ao parto. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [serial on the internet]. 2013 Mar [cited 2014 Feb 15];17(1):38-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100006&lng=en
6. Fonseca SC, Coutinho ESF. Características biológicas e evitabilidade de óbitos perinatais em uma localidade na cidade do Rio de Janeiro, 1999 a 2003. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [serial on the internet]. 2008 [cited 2014 May 18];8(2):171-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000200004&lng=en
7. Lansky S, França E, César CC, Neto LCM, Leal MC. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2006 [cited 2014 Apr 20];22(1):117-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100013&lng=en
8. Brasil. Portaria n. 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) [document on the internet]. 2010 [cited 2016 Apr 23]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html
9. Brasil. Informações de saúde: 2000 a 2012. 2013 [cited 2014 May 29]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 [document on the internet]. 2013 [cited 2013 June 11]. Available from <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe>
11. Pernambuco (Estado). Resolução da Comissão Intergestores Bipartite de Pernambuco n. 1.734, de 17 de setembro de 2011. *Diário Oficial do Estado de Pernambuco, Recife* (2011 Oct 19); 198:10-5.
12. Brasil. Decreto-Lei n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília* (2011 Jun 29); Sec 1:51.
13. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas de Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2007 [cited 2014 May 29]; 3(23): 701-714. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/28.pdf>
14. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. ed. São Paulo: Edusp; 1997.
15. Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, Leal MC, Szwarcwald CL, et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* [serial on the internet]. 2010 [cited 2014 May 8];19(2):173-6. Available from <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a10.pdf>
16. Soares ES, Menezes GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiol*

Nóbrega MF, Santos MTBR, Davim RMB et al.

Serv Saúde [serial on the internet]. 2010 [cited 2014 Mar 9];19(1):51-60. Available from:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a07.pdf>

17. Ribeiro VS, Farias FBB, Santos AM, Silva AAM, Coimbra LC, Caldas AJM, et al. Mortalidade neonatal em localidade do Nordeste do Brasil. Revista de Pesquisa em Saúde [serial on the internet]. 2012 [cited 2014 June 13];13(2):32-7. Available from: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/1320/1042>

18. Aquino TA, Guimarães MJB, Sarinho SW, Ferreira LOC. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2007 [cited 2014 Feb 11];23(12):2853-61. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200006&lng=en

19. Maia LTS, Souza WV, Mendes ACG. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2012 [cited 2014 Apr 26];28(11):2163-76. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100016&lng=en

20. Martins EF, Lana FCF, Maria E. Tendência da mortalidade perinatal em Belo Horizonte, 1984 a 2005. Rev Bras Enferm [serial on the internet]. 2010 [cited 2014 Jan 28];63(3):446-51. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300016&lng=en

21. Rocha R, Oliveira C, Silva DKF, Bonfim C. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. Rev Enferm UERJ [serial on the internet]. 2011 [cited 2014 May 20];19(1):114-20. Available from:

<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a19.pdf>

22. Silva CMCD, Gomes KRO, Rocha OAMS, Almeida IMLM, Mota Neto JM. Validade, confiabilidade e evitabilidade da causa básica dos óbitos neonatais ocorridos em unidade de cuidados intensivos da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2013 [cited 2014 Apr 21];29(3):547-56. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300012&lng=en

23. Andrade LG, Amorim MMR, Cunha ASC, Leite SRF, Vital SA. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. Rev Bras Ginecol Obstet [serial on the internet].

Perfil de gestantes com síndrome hipertensiva...

2009 [cited 2014 Apr 17];31(6):285-92. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000600004&lng=en

24. Arruda TAM, Amorim MMR, Souza ASR. Mortalidade determinada por anomalias congênitas em Pernambuco, Brasil, de 1993 a 2003. Rev Assoc Méd Bras [serial on the internet]. 2008 [cited 2014 Feb 26];54(2):122-6. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000200013&lng=en

25. Silva VLS, Santos IS, Medronha NS, Matijasevich A. Mortalidade infantil na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do sul, Brasil, no período 2005-2008: uso da investigação de óbitos na análise das causas evitáveis. Epidemiol Serv Saúde [serial on the internet]. 2012 [cited 2014 May 20];21(2):265-74. Available from:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n2/v21n2a09.pdf>

Submissão: 24/07/2015

Aceito: 11/04/2016

Publicado: 01/05/2016

Correspondência

Rute Cândida Pereira
Avenida 17 de Agosto, 175, Ap. 601
Bairro Casa Forte
CEP 52060-590 – Recife (PE), Brasil