



ARTIGO ORIGINAL

Mortes perinatais no município de Fortaleza, Ceará: o quanto é possível evitar?

Perinatal deaths in the city of Fortaleza: how many deaths could be prevented?

Álvaro J. Madeiro Leite¹, Luiz Francisco Marcopito², Regina L. P. Diniz³, Ana Valeska S. e Silva⁴,
Luiz Carlos B. de Souza⁵, João Cândido Borges⁶, Henrique Luís do Carmo e Sá⁷

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi contribuir para o entendimento de algumas questões de saúde perinatal e do componente neonatal da mortalidade infantil, através da elaboração dos indicadores para a área perinatal e a do estudo de aspectos da qualidade da atenção à saúde oferecida à mulher grávida e seu filho recém-nascido. Em particular, estimou-se a proporção de mortes perinatais evitáveis no município de Fortaleza, Ceará.

Metodologia: Estudo prospectivo de incidência com base populacional. Realizado a partir da coleta de dados em 17 maternidades públicas ou conveniadas e dois hospitais pediátricos de referência do sistema único de saúde do município de Fortaleza. Foram estudadas todas as crianças nascidas vivas ou mortas com peso igual ou superior a 500 gramas no ano de 1995. As causas de mortes perinatais foram estudadas segundo a classificação de Wigglesworth modificada (1989).

Resultados: Nasceram no período estudado 40.712 crianças e ocorreram 1.337 mortes perinatais - 730 no período fetal e 607 na primeira semana de vida. Apesar da baixa prevalência de recém-nascidos com baixo peso (7,4%), foram elevados os coeficientes de mortalidade fetal (17,9‰), perinatal (32,8‰) e neonatal precoce (15,1‰). O número de óbitos perinatais redutíveis por adequada atenção perinatal foi estimado em pelo menos um terço do total dos óbitos estudados (458/1.323).

Conclusões: Os resultados encontrados evidenciam uma situação de saúde perinatal bastante precária, com possíveis problemas na organização do sistema e na qualidade da atenção à saúde prestada às gestantes durante o pré-natal e o parto e no atendimento aos recém-nascidos em sala de parto e berçário.

J. pediatr. (Rio J.). 1997; 73(6):388-394: mortalidade perinatal, qualidade dos cuidados de saúde, peso ao nascer.

Abstract

Objective: The main objective of this study was to explore the relationship between perinatal care and neonatal mortality as a component of the infant mortality. Indicators were selected to analyze some aspects of the quality of perinatal care attendance offered to pregnant women and their newborns. Specific attention was given to the avoidable perinatal deaths in the city of Fortaleza, Ceará.

Methods: Population-based, prospective study on incidence. The study was carried out collecting data of seventeen maternity units and two referral pediatric hospitals of the public health system in Fortaleza, the capital of the State of Ceará. All births, alive or dead, weighting 500 grams or more, along the whole year of 1995, were included in the study. The perinatal deaths' causes were studied according to the modified Wigglesworth classification (1989).

Results: Along the whole study period, 40,712 children were born and 1,337 perinatal deaths occurred. Among them 730 occurred during the fetal life and 607 during the first week of life. In spite of the low incidence of low-weight newborns (7.4%), the coefficients of fetal mortality were high (17.9‰), as well as the perinatal mortality (32.8‰) and neonatal mortality (15.1‰). The number of avoidable perinatal deaths related to adequate perinatal care was estimated to be one third of the total deaths studied (458/1,323).

Conclusions: The results indicate that the perinatal assistance in the city of Fortaleza is of low quality, with problems related to the health system organization and to the low quality of the care offered to women during pregnancy, at delivery and to the newborns in the delivery room as well as in neonatal wards.

J. pediatr. (Rio J.). 1997; 73(6):388-394: perinatal mortality, quality of health care, birth weight.

1. Mestre em Epidemiologia Clínica. Prof. de Pediatria/Depto. de Saúde Materno-infantil/Centro de Ciências da Saúde/Univ. Federal do Ceará.

2. Professor Adjunto Doutor do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo.

3. Coord. do Programa Viva Criança da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. Diretora Clínica do Hospital Infantil Albert Sabin/Secretaria Estadual do Ceará.

4. Coord. da Ação Perinatal do Programa Viva Criança da Sec. Estadual de Saúde do Ceará. Prof^ª Assistente do Curso de Enfermagem da Univ. Est. do Ceará.

5. Médico Assistente da Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará.

6. Diretor do Hospital Geral César Cals/SESA-CE. Ex-Presidente da Sociedade Cearense de Pediatria.

7. Professor de Pediatria/Departamento de Saúde Materno-infantil/Universidade Federal do Ceará.

Fontes financiadoras: INCLEN (International Clinical Epidemiology Network), Escola de Saúde Pública do Ceará/Projeto Nordeste/Ministério da Saúde.

Introdução

A mortalidade perinatal vem sendo utilizada como uma medida valiosa do resultado do cuidado perinatal, tendo sido considerada um indicador preciso da eficácia do processo reprodutivo¹. Há indícios de que a qualidade técnica do cuidado perinatal consiste na aplicação de tecnologia obstétrica e neonatal de modo a alcançar o mais baixo nível possível de mortalidade perinatal. Os coeficientes de mortalidade perinatal específica por peso de nascimento são indicadores sensíveis da qualidade da atenção perinatal, já que pouco influenciados pelas características sociais e biológicas da população. Da mesma forma, existe um consenso de que as mortes perinatais de recém-nascidos com peso igual ou superior a 2.500 g podem ser influenciadas pelo manejo obstétrico², e que a mortalidade neonatal de crianças de baixo peso ao nascer pode ser modificada pela qualidade dos serviços neonatais. Alberman^{3,4} sugeriu que um sistema de classificação dos óbitos perinatais deveria levar em conta a possibilidade que se dispõe de preveni-los. Wigglesworth⁵, avançando nessa direção, propôs um sistema alternativo de avaliação das causas de mortes no período perinatal, o qual apresenta as seguintes características: a) não se utiliza de dados de necropsia, que raramente estão disponíveis, e sim, de informações clínicas de fácil obtenção; b) indica possíveis falhas nas diversas áreas específicas da atenção à saúde materno-infantil, e conseqüentemente delinea as estratégias prioritárias para intervenção; c) pode ser aplicado tanto em hospitais como em áreas geográficas (distrito ou município). O sistema consiste de uma análise em dois tempos: inicialmente, são estimados os coeficientes de mortalidade perinatal para grupos de diferentes pesos de nascimento, o que permite que se estabeleçam comparações com regiões que apresentem diferentes distribuições de peso ao nascer; este é um procedimento fundamental para se evitar conclusões erradas acerca da qualidade do cuidado perinatal⁶. Na segunda fase, os óbitos em cada grupo de peso são examinados e classificados de acordo com cinco possibilidades. Keeling et al.⁷ realizaram um amplo estudo de confiabilidade que culminou em modificações em alguns aspectos controversos da classificação original de Wigglesworth (1980), em particular, as dificuldades em definir mortes de prematuros decorrentes de asfixia intraparto e a relação entre as mortes intra-uterinas e o trabalho de parto. Tais modificações resultaram em cinco grupos de causas patológicas: grupo 1 - óbitos antes do trabalho de parto; grupo 2 - malformações congênitas (natimorto ou neomorto); grupo 3 - condições associadas com prematuridade ou imaturidade; grupo 4 - óbitos intraparto, RN pesando mais de 1.000 g com óbito nas primeiras 4 horas, evidência de trauma de parto ou asfixia; grupo 5 - condições específicas definidas e outras condições.

Utilizando o conceito de *evento sentinela* proposto por Rutstein⁸ como evento sanitário de alerta traduzido pela ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária, que justifica uma investigação científica acerca de suas

causas subjacentes, é possível, a partir da classificação de Wigglesworth (1980), definir um conjunto de eventos sentinelas para a área perinatal (Quadro 1). Assim, o evento sentinela é uma condição em que é provável detectar falhas no processo de atenção. Portanto, a ocorrência do evento sentinela parte da existência de uma falha no produto da atenção em saúde para a investigação das falhas de processo que contribuíram para o efeito negativo (Rutstein 1976).

Quadro 1 - Correlações entre eventos perinatais e falhas na assistência perinatal, Wigglesworth, 1980

| Eventos Perinatais | Falhas na Assistência Perinatal |
|---|---|
| Altas taxas de natimortos <i>antepartum</i> | Falhas na atenção pré-natal e/ou condições maternas adversas |
| Altas taxas de óbitos por malformações congênitas | Questionamento sobre as facilidades existentes para o rastreamento destas alterações durante a gravidez (pré-natal) ou sobre os procedimentos para diagnóstico precoce de lesões potencialmente tratáveis |
| Alta frequência de óbitos por asfixia <i>intrapartum</i> | Manejo obstétrico |
| Óbitos neonatais por asfixia | Indicam a necessidade de avaliação dos serviços obstétricos (monitoração <i>intrapartum</i>) e do atendimento aos recém-nascidos em sala de parto (ressuscitação) |
| Óbitos por imaturidade em recém-nascidos com peso superior a 1.500g | Sugerem falhas no manejo obstétrico, nas manobras de ressuscitação em sala de parto e/ou deficiências no atendimento aos recém-nascidos em berçário |
| Distribuição de pesos dos recém-nascidos falecidos | Oferece um elemento adicional na avaliação da qualidade dos serviços de saúde materno-infantil |

No estado do Ceará, os avanços obtidos ao longo dos últimos 10 anos, particularmente aqueles relacionados ao coeficiente de mortalidade infantil, evidenciaram o aumento relativo da contribuição dos óbitos neonatais em relação ao total de óbitos do 1º ano de vida. Assim, em 1987, o componente neonatal representava 28% do total das mortes no 1º ano de vida; em 1990, alcançou 46% e, em 1994, aproximadamente 57%⁹. No entanto, informações mais precisas e detalhadas acerca dos principais indicadores de saúde perinatal e sobre aspectos da qualidade dos serviços

de saúde oferecidos às mulheres gestantes e seus recém-nascidos continuam escassas. Esses fatos configuram um quadro de carências que torna difícil avaliar com precisão a evolução da saúde infantil nos últimos anos e a consequente definição de políticas de saúde para a área perinatal.

Este estudo foi realizado com o objetivo de subsidiar o planejamento dos serviços de saúde, para possibilitar a redução da mortalidade perinatal no município de Fortaleza. Ao preencher algumas lacunas de conhecimento na área perinatal, busca evidenciar a necessidade, entre nós, de tomar as questões de saúde perinatal como prioritárias para reflexão, possibilitando que todos percebam a dimensão dos problemas que enfrentam as mulheres grávidas e seus filhos, em um momento singular e, em alguns casos, definidor da qualidade de vida futura para si, sua família e sua comunidade.

Metodologia

O estudo foi realizado durante todo o ano de 1995 em 17 hospitais-maternidades, públicos ou particulares, conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Fortaleza, onde ocorrem aproximadamente 80-85% do total dos partos no município (o restante dos partos ocorre em maternidades particulares) e em dois hospitais pediátricos de referência, um público e outro conveniado com o SUS/Fortaleza.

Foram analisadas todas as crianças nascidas vivas ou mortas com peso igual ou superior a 500 gramas. Os dados foram coletados das seguintes fontes: a) livro de anotações do berçário e da sala de parto de cada maternidade - em caso de dúvidas, consultou-se a Declaração de Nascido Vivo (tal sistema de informação encontrava-se, à época, em fase de implantação); b) prontuário do recém-nascido e de sua mãe na maternidade, nos casos de morte da criança na maternidade; c) prontuário do recém-nascido em dois hospitais pediátricos de referência, nos casos de óbitos de crianças fora da maternidade; d) declaração de óbitos de todos os natimortos e neomortos precoces, nas maternidades e nos hospitais pediátricos de referência.

A estimativa das mortes perinatais evitáveis foi realizada utilizando-se a conceituação de *evento sentinela*, proposta por Rutstein (1976) tomando como referencial a classificação de Wigglesworth modificada (Quadro 2). No entanto, assume-se certo grau de arbitrariedade na definição do que seja uma morte perinatal evitável. Assim, a faixa de peso dos recém-nascidos a partir da qual se considerou a morte como evitável foi condicionada pelas limitações da classificação de Wigglesworth e pelo limite da noção de viabilidade fetal no contexto do estudo.

Os dados coletados foram arquivados e analisados em base eletrônica (*software* Epi-Info) para cada maternidade e para o conjunto delas. Os procedimentos de "limpeza" dos dados constaram de análise dos erros de amplitude e de consistência.

Quadro 2 - Classificação de mortes perinatais potencialmente redutíveis

| Critérios de identificação da morte perinatal como evento sentinela | |
|---|-------------------------------------|
| Morte perinatal | Critério ponderal |
| 1. Natimortos totais ¹ | ≥ 2.500 |
| 2. Mortes por asfixia | |
| Natimortos ² | ≥ 1.500 |
| Neomortos | ≥ 1.500 |
| 3. Imaturidade | ≥ 1.500 |
| Total de Óbitos Redutíveis | |
| Perinatais | (incluindo todos com 1.500 ou mais) |
| Neomortos Precoces | (incluindo todos com 1.500 ou mais) |

1. Natimortos totais, excluídos os mortos por malformações congênitas
2. Natimorto por asfixia significa que a criança chegou viva na maternidade e faleceu durante a atenção obstétrica

Foi utilizado o teste do qui-quadrado para a comparação de proporções independentes e foram calculados riscos relativos com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Foram consideradas como estatisticamente significantes diferenças cuja probabilidade (p) de erro tipo I fosse menor do que 0,05. No entanto, devido ao grande número da amostra, sempre foi considerada a significação epidemiológica do resultado.

Resultados

Nasceram no município de Fortaleza, nos 17 hospitais-maternidades estudados no ano de 1995, 40.712 crianças e ocorreram 1.337 mortes perinatais: 730 no período fetal - natimortos - e 607 na primeira semana após o nascimento - neomortos precoces. O peso médio dos recém-nascidos vivos foi de 3.233 g (desvio-padrão= 561 g), sendo de 3.247 g para os nascidos vivos de partos únicos (desvio-padrão= 549 g). A distribuição dos recém-nascidos conforme o peso ao nascer para todos os nascimentos, para os nascidos vivos e para os nascidos mortos, é apresentada na Tabela 1.

A prevalência de recém-nascidos com baixo peso ao nascer (BPN) entre os nascidos vivos foi de 7,4%, sendo de 6,7% para os de partos únicos. No entanto, o grupo com BPN contribuiu com 75% do total das mortes perinatais e com 84% das mortes neonatais precoces.

Na Tabela 2 são apresentados os coeficientes de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal e sua relação com o peso das crianças ao nascimento. Observa-se uma relação inversa entre o peso ao nascer e os coeficientes de mortalidade. Assim, poucos são os que sobrevivem com peso ao nascer menor de 1.000 gramas. Para as crianças de muito baixo peso ao nascer (peso inferior a 1.500 g), o coeficiente de mortalidade foi de 512 por 1.000 nascimentos. Os recém-nascidos com peso inferior a 2.500 gramas apresen-

Tabela 1 - Distribuição de peso ao nascer para todos os nascimentos, Fortaleza, 1995

| Peso ao Nascer (g) | Nascidos Totais | | | | Nascimentos Totais (vivos e mortos) | |
|--------------------|-----------------|------------------|---------------------|-------------------|-------------------------------------|---------|
| | Nascidos mortos | Mortes neonatais | Com alta hospitalar | Condição ignorada | N | (%) |
| | N | N | N | N | | |
| 500 - 999 | 199 | 161 | 17 | - | 377 | (0,93) |
| 1.000 - 1.499 | 128 | 187 | 130 | - | 445 | (1,09) |
| 1.500 - 1.999 | 95 | 114 | 460 | - | 669 | (1,64) |
| 2.000 - 2.499 | 73 | 46 | 1.841 | - | 1.960 | (4,81) |
| 2.500 - 2.999 | 95 | 33 | 7.764 | - | 7.892 | (19,38) |
| 3.000 - 3.999 | 117 | 56 | 26.390 | 2 | 26.565 | (65,25) |
| 4.000 ou mais | 14 | 5 | 2.752 | - | 2.771 | (6,81) |
| Não pesados | 9 | 5 | 12 | 7 | 33 | (0,08) |
| < 2.500 | 495 | 508 | 2.448 | - | 3.451 | (8,5) |
| ≥ 2.500 | 226 | 94 | 36.906 | 2 | 37.228 | (91,5) |
| Total | 730 | 607 | 39.366 | 9 | 40.712 | (100) |

taram coeficiente de mortalidade perinatal 34 vezes àquele das crianças com peso igual ou superior a 2.500g; com a mortalidade neonatal precoce, o coeficiente foi quase 70 vezes superior.

Análise das causas dos óbitos perinatais

O primeiro passo na classificação proposta por Wigglesworth (1980) é para analisar as causas de morte perinatal conforme o peso ao nascer, o que possibilita estabelecer comparações com outras regiões ou países que apresentem diferentes padrões de distribuição de peso ao nascer - estes dados já foram estimados e apresentados na Tabela 2. O segundo passo é classificar as causas dos óbitos

em um dos cinco subgrupos patológicos e, em seguida, analisá-los conforme a distribuição por peso ao nascer (Tabelas 3 e 4).

Observa-se que aproximadamente 50% do coeficiente de mortalidade perinatal é constituído por óbitos que ocorrem intra-útero. Também são elevadas as contribuições da imaturidade e dos óbitos neonatais por sofrimento anóxico. Para recém-nascidos com peso igual ou superior a 2.500g, é elevado o número de mortes intra-uterinas e o número de óbitos por asfixia intra-parto. Ainda, pode-se observar 9 óbitos por imaturidade nessa faixa de peso.

A análise dos óbitos potencialmente redutíveis é apresentada na Tabela 5.

Tabela 2 - Coeficientes de mortalidade perinatal, mortalidade fetal e neonatal precoce (por 1.000 nascimentos), conforme o peso ao nascer, Fortaleza, 1995

| Peso ao nascer (g) | Mortalidade perinatal (‰) | Mortalidade fetal (‰) | Mortalidade neonatal precoce (‰) | Nascimentos totais (n) |
|--------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------------|
| 500 - 999 | 954,9 | 527,8 | 904,5 | 377 |
| 1.000 - 1.499 | 707,8 | 287,6 | 593,6 | 445 |
| 1.500 - 1.999 | 312,4 | 142,0 | 198,6 | 669 |
| 2.000 - 2.499 | 60,7 | 37,2 | 24,3 | 1.960 |
| 2.500 - 2.999 | 16,2 | 12,0 | 4,2 | 7.892 |
| 3.000 - 3.999 | 6,5 | 4,4 | 2,1 | 26.565 |
| ≥ 4.000 | 6,8 | 5,0 | 1,8 | 2.771 |
| < 2.500 | 290,6 | 143,4 | 171,8 | 3.451 |
| ≥ 2.500g | 8,6 | 6,1 | 2,5 | 37.228 |
| Não pesados | 538,4 | 346,1 | 357,1 | 33 |
| Todos | 32,8 | 27,9 | 15,2 | 40.712 |

Tabela 3 - Coeficientes de mortalidade perinatal (por 1.000 nascimentos) conforme a classificação de Wigglesworth modificada (1989), Fortaleza, 1995

| Causa da morte | Coeficiente ‰ | N | % | Fator assistencial relacionado |
|---------------------------------|------------------|--------------|------------|--|
| Natimorto anteparto | 15,8 | 647 | 48,4 | Assistência pré-natal |
| Malformações congênitas | 1,78 | 73 | 5,45 | Assistência e diagnóstico pré-natal |
| Imaturidade e correlatos | 11,39 | 464 | 34,7 | Assistência em sala de parto e berçário |
| Asfixia intraparto e correlatos | 2,92 | 119 | 8,90 | Manejo obstétrico e assistência em sala de parto |
| Condições específicas | 0,66 | 23 | 2,02 | |
| Ignorado | 0,26 | 11 | 0,2 | |
| Todas as causas | 32,84 | 1.337 | 100 | |

Discussão

O elevado número de natimortos *antepartum* com peso igual ou superior a 2.500g (32,5%) sugere dificuldades na identificação do risco a que está submetida a mulher em um período próximo da máxima viabilidade do conceito. Essas dificuldades podem ser resultantes do perverso fenômeno chamado “alta do pré-natal”, em que a mulher grávida, ao se aproximar o período do parto, não tem garantia de seu encaminhamento para uma maternidade de referência e, no dizer de Tanaka¹⁰, tem por desígnio próprio que efetuar

uma verdadeira *peregrinação* em busca de assistência hospitalar na hora do parto.

Em relação aos natimortos que faleceram no transcurso do trabalho de parto, uma vez estando assistidos na maternidade (aproximadamente 80% destes pesavam mais do que 1.500 g), pode-se inferir que suas condições clínicas já eram insatisfatórias na ocasião ou que o manejo obstétrico foi incapaz de percebê-la e, assim, adequar as decisões técnicas. A morte de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer - peso inferior a 1.500 g - em berçário (88% dos que faleceram na 1ª semana de vida estavam nesta condição) pode significar deficiências no tratamento intensivo, ou até mesmo ausência deste. Ainda, pode ser resultado de um acesso tardio ou de condições precárias do atendimento obstétrico. As mortes por asfixia, seja de natimortos ou de neomortos, remonta a problemas de oportunidade de atenção, fato particularmente grave numa situação onde não existe um sistema de atenção regionalizado com referência de casos por complexidade crescente ou onde os serviços são organizados com escassa ou nenhuma participação das comunidades. Da mesma forma, implica em questionamentos na qualidade do atendimento perinatal (disponibilidade de recursos tecnológicos ou de equipe técnica e eticamente preparada). Tanaka (1995) tem alertado para situações onde fatores ligados ao funcionamento pleno das instituições têm sido determinantes no desfecho da gravidez, chegando inclusive a anular os benefícios dos cuidados recebidos durante o pré-natal.

Ao se comparar os resultados de Fortaleza (1995) com os do País de Gales (1993), observa-se que apenas o coeficiente de mortalidade fetal *antepartum* em Fortaleza já é quase duas vezes o coeficiente de mortalidade perinatal total encontrado no País de Gales. Na Tabela 6 pode-se comparar os dados deste estudo para Fortaleza com os da cidade de Pelotas, RS (estudo da evolução da mortalidade perinatal no município de duas coortes realizado em 1982 e 1993) e com os do País de Gales.

Tabela 4 - Classificação das mortes perinatais conforme o peso ao nascer, utilizando o modelo de Wigglesworth (1989), Fortaleza, 1995

| Peso ao nascer | Natimortos anteparto | Malformações congênitas | Imaturidade | Asfixia | Outras condições | Total de Nascimentos |
|----------------|----------------------|-------------------------|-------------|------------|------------------|----------------------|
| 500 - 999 | 194 | 6 | 159 | - | 1 | 377 |
| 1.000 - 1.499 | 114 | 11 | 171 | 18 | 1 | 455 |
| 1.500 - 1.999 | 81 | 14 | 94 | 11 | 8 | 669 |
| 2.000 - 2.499 | 65 | 7 | 28 | 16 | 2 | 1.960 |
| 2.500 - 2.999 | 84 | 9 | 8 | 20 | 6 | 7.892 |
| 3.000 - 3.999 | 91 | 23 | 1 | 49 | 4 | 26.565 |
| 4.000 ou mais | 10 | 2 | - | 4 | 1 | 2.771 |
| Ignorado | 8 | 1 | 3 | 1 | - | 33 |
| < 2.500 | 454 | 38 | 452 | 45 | 12 | 3.451 |
| ≥ 2.500 | 185 | 34 | 9 | 73 | 11 | 37.228 |
| Total | 647 | 73 | 464 | 119 | 23 | 40.712 |

Tabela 5 - Classificação das mortes perinatais potencialmente redutíveis, utilizando o modelo de Wigglesworth (1989), Fortaleza, 1995

| Causa da morte | Número de óbitos (redutível/ total) | % | Fator assistencial relacionado |
|--|--|------|--|
| Natimortos totais ¹ \geq 2.500 | 226 / 695 | 32,5 | Assistência Pré-Natal |
| Mortes por asfixia | | | |
| Natimortos ² \geq 1.500 | 35 / 44 | 79,5 | Manejo Obstétrico |
| Neomortos \geq 1.500 | 66 / 75 | 88,0 | Assistência em Sala de Parto |
| Imaturidade \geq 1.500 | 131 / 461 | 28,4 | Assistência em Sala de Parto e Berçário |
| Total de Óbitos Redutíveis | | | |
| Perinatais (incluindo todos com 1.500 ou mais) | 458 / 1.323 | 34,6 | Assistência Pré-natal Manejo Obstétrico |
| Neomortos Precoces (incluindo todos com 1.500 ou mais) | 197 / 602 | 32,7 | Assistência em Sala de Parto e Berçário |

1. Natimortos totais excluídos os mortos por malformações congênitas

2. Natimorto por asfixia significa que a criança chegou viva na maternidade e faleceu durante a atenção obstétrica

Estes dados coletados em maternidades do sistema público de saúde podem superestimar a magnitude de alguns indicadores perinatais para o município, em virtude das características socioeconômicas da população usuária de tais serviços. No entanto, com os critérios utilizados na definição de morte perinatal evitável, ao contrário, podem subestimar o problema, na medida em que os pontos de corte relacionados aos pesos dos recém-nascidos levaram em consideração as limitações da classificação de Wigglesworth, bem como os elevados coeficientes de mortalidade perinatal e neonatal específicos e os limites do contexto social da região.

A análise dos indicadores perinatais e dos aspectos de qualidade da atenção abordados neste estudo permitem traçar um panorama bastante amplo de dificuldades:

- são extremamente elevados os coeficientes de mortalidade fetal, perinatal e neonatal precoce. Estima-se em aproximadamente 34% a cifra de óbitos perinatais redutíveis no município: isso equivale a aproximadamente 452 mortes desnecessárias;

- é contrastante o reduzido porcentual de recém-nascidos de baixo peso ao nascer e as elevadas taxas de mortalidade neonatal específica, ou seja, são precárias as chances

Tabela 6 - Coeficiente de mortalidade perinatal (por 1.000 nascimentos) conforme a classificação de Wigglesworth modificada, comparação entre Fortaleza (1995), Pelotas (1993) e País de Gales (1993)

| Causas da morte | Fortaleza | | Pelotas ¹ | | País de Gales ² | |
|--------------------------|-------------|------|----------------------|-----|----------------------------|------|
| | coeficiente | % | coeficiente | % | coeficiente | % |
| Natimortos anteparto | 15,8 | 48,4 | 5,5 | 25 | 4,7 | 55,2 |
| Malformações congênitas | 1,78 | 5,45 | 2,5 | 11 | 1,0 | 11,5 |
| Imaturidade e correlatos | 11,39 | 34,7 | 3,9 | 17 | 1,4 | 15,9 |
| Asfixia intraparto | 2,92 | 8,90 | 8,3 | 38 | 0,6 | 7,6 |
| Condições específicas | 0,66 | 2,02 | 1,9 | 8 | 0,8 | 9,2 |
| Ignorado | 0,26 | 0,2 | - | - | - | 0,3 |
| Todas as causas | 32,84 | 100 | 22,1 | 100 | 8,5 ³ | 100 |

Fonte: 1. Menezes et al.¹¹

2. Cartilidge & Stewart¹²

3. Coeficiente estimado incluindo-se recém-nascidos com peso inferior a 500g

dos recém-nascidos com peso inferior a 2.500g: destes, aproximadamente 17% falecem na 1ª semana de vida;

- os elevados coeficientes de mortalidade neonatal para recém-nascidos de baixo peso, mais elevados do que os de alguns países da América Latina há 15 anos¹³, sugere uma desorganização da assistência de nível terciário dentro da cidade. Assim, de cada 100 recém-nascidos com peso inferior a 1.500 g, apenas 40 sobrevivem à primeira semana de vida, situação negativa pelo menos 4 vezes inferior à de países desenvolvidos.

- proporções tão elevadas de natimortos anteparto com peso igual ou superior a 2.500g contrastam com os altos percentuais de cobertura pré-natal alcançados no município; entre os anos de 1987 e 1990, o aumento do número de mulheres que fizeram uma ou mais consultas durante o pré-natal foi de 40%; para os anos de 1990 e 1994, esse aumento foi de 50%, o que representa uma cobertura de 94% (McAuliffe et al., 1995). Os achados sugerem, então, problemas com a qualidade desse pré-natal ou falta de um sistema de atenção regionalizado com definição precisa dos níveis de competência das unidades de saúde do sistema e garantia de referência, para centros mais especializados, das gestantes consideradas de risco. Este último aspecto - falta de um sistema de referência - faz com que, mesmo um pré-natal de boa qualidade, realizado numa unidade básica de saúde, tenha seus benefícios anulados pela ausência de uma referência tanto para interconsulta mais especializada como para a realização do parto, que evite que a mulher gestante venha a peregrinar por maternidades em busca de uma "vaga" onde possa dar à luz seu filho com segurança e conforto.

A estratégia de regionalização dos cuidados perinatais, modelo de organização desenvolvido em vários países desde os anos 50, tem proporcionado resultados positivos em termos de redução da morbi-mortalidade materno-fetal, mesmo considerando as limitações socioeconômicas da região ou país que a tenha implantado.

Os princípios que norteiam o desenvolvimento de sistemas regionais de atenção perinatal partem do amplo conhecimento disponível acerca das necessidades que têm as mulheres grávidas, seus fetos e sua família durante a gravidez, e das necessidades da mãe, do recém-nascido e sua família após o parto¹⁴.

Um elenco de intervenções que têm demonstrado eficiência nos países, estados ou municípios onde foram adotadas, abordaram de maneira integral ações de saúde destinadas à prevenção da gravidez indesejada, identificação de gestantes de alto risco, atendimento pré-natal adequado, atendimento adequado ao parto, dentre outras¹⁵⁻¹⁷.

Portanto, esforços devem ser realizados no intuito de implementar serviços perinatais com base geográfica definida, com a participação das comunidades adstritas e com capacidade de seguimento das coortes de grávidas e de crianças identificadas a partir do enfoque de risco socioambiental.

Referências bibliográficas

- Schwarz R, Díaz AG. Algunos problemas asociados a la mortalidad materna y perinatal en las Américas. In: *Tecnologías Perinatales*. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1992. p.7-29.
- Chalmers I. The search for indices. *Lancet* 1979; 2(8151): 1063-5.
- Alberman E. Prospects for better perinatal health. *Lancet* 1980; 26(8191): 189-92.
- Alberman E. Why are stillbirth and perinatal mortality rates continuing to fall?. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92:559-64.
- Wigglesworth JS. Monitoring perinatal mortality - a pathophysiological approach. *Lancet* 1980; 2(8196): 684-86.
- Guyer B, Wallach LA, Rosen SL. Birth-weight-standardized neonatal mortality rates and the prevention of low birth weight: how does Massachusetts compare with Sweden? *N Engl J Med* 1982; 306:1230-3.
- Keeling JW, Macgillivray I, Golding J, Wigglesworth J, Berry J, Dunn, PM. Classification of perinatal death. *Arch Dis Child* 1989; 64: 1345-51.
- Rutstein DD, Berenber GW, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N Engl J Med* 1976; 294: 582-8.
- McAuliffe J, Lima LC, Granjeiro GP. III Pesquisa de saúde materno-infantil do Ceará/1994 - PESMIC 3. Fortaleza: SESA, 1995.
- Tanaka ACd'A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1995.
- Menezes AMB, Victora CG, Barros FC, Albemaz E, Menezes FS, Jannke HAM et al. Mortalidade perinatal em duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Públ* 1996; 12:79-86.
- Cartlidge PH, Stewart JH. Effect of changing the stillbirth definition on evaluation of perinatal mortality rates. *Lancet* 1995; 346 (8973): 486-8.
- Schwarz R, Díaz AG, Fescina R, Rossello JLD, Belitzky R, Martell M. Bajo peso al nacer y mortalidad perinatal en maternidades de América Latina. In: *Salud materno-infantil y atención primaria en las Américas: hechos e tendencias*. Washington: Organización Panamericana de Saúde, 1984. p. 105-117 (Publ. Cient. 461).
- McCormick MC, Shapiro S, Starfield BH. The regionalization of perinatal services: summary of the evaluation of a national demonstration program. *Perinatal Services* 1985; 253: 799-804.
- Daniel WA, Cornely DA, McCormick MC. Statement on infant mortality. *Pediatrics* 1986; 78:1155-60.
- Bobadilla, JL Problemas y prioridades de la sobrevivencia en la infancia. *Salud Publica Mex* 1988; 30: 470-81.
- Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras. São Paulo: HUCITEC; 1988.

Endereço para correspondência:

Dr. Álvaro J. Madeiro Leite

Av. Santos Dumont 6400 - apto. 803 - A Papicu

CEP 60150-163 - Fortaleza, CE

Fones (085) 234-3161/242-1900

Fax (085) 242-1819/243-9046

e-mail: alvaro@esp.ce.gov.br - epclinica@roadnet.com.br