



## MORTALIDADE NEONATAL NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PARANÁ, 2000 A 2009

*Alex Gomes da Silva<sup>1</sup>; Jaqueline Benatto Cardoso<sup>1</sup>; Larissa Laila Cassarotti<sup>1</sup>; Carolina Guidotti de Freitas; Willian Augusto de Melo<sup>2</sup>*

**RESUMO:** O período neonatal é compreendido entre o nascimento e 28 dias de vida completos. O presente estudo teve como objetivo verificar a prevalência dos óbitos neonatais e distribuir as causas segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no Município de Maringá, no período de 2000 a 2009. As informações deste estudo foram coletadas através dos bancos de dados virtual disponível pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O presente estudo foi realizado no Município de Maringá. Para verificação da prevalência foram calculadas as percentagens e para a apresentação dos dados utilizou-se os aplicativos Excel Microsoft e World Microsoft, através de gráficos e tabelas. Os resultados indicam que a mortalidade neonatal está concentrada no período perinatal indicando 259 (75,95%) da mortalidade, seguida das más formações congênitas que representam 78 (22,87%) das mortes, observou-se também outras variáveis como o peso ao nascer, onde RN's com peso inferior a 2.500g representaram 247 (72,4%), o sexo masculino 191 (56,0%), período neonatal precoce 260 (76,2%), a idade gestacional entre 22 e 36 semanas 240 (70,6%) e os óbitos evitáveis 258 (75,7%). Os fatores associados aos óbitos neonatais possibilitam planejar intervenções mais adequadas às necessidades dos grupos populacionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** período neonatal; mortalidade neonatal; óbitos evitáveis.

### 1 INTRODUÇÃO

O período neonatal é compreendido entre o nascimento e 28 dias de vida completos. As mortes neonatais podem ser subdivididas em mortes neonatais precoces, que ocorrem durante os primeiros 7 dias de vida, e mortes neonatais tardias, que ocorrem após o sétimo dia mas antes de 28 dias completos de vida (MARCONDES, 2003).

A mortalidade neonatal, no Brasil, passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir da década de 1990, diferentemente do observado para a mortalidade pós-neonatal, que teve declínio de 1990 para 2002 (MARAN; UCHIMURA, 2008).

Diante da problemática exposta, é necessário, portanto, esforço especial e mobilização dos gestores e das equipes de saúde para a identificação do óbito neonatal, qualificação das informações e incorporação da avaliação dos serviços de saúde para melhoria da assistência. Os resultados servirão de base para o enfrentamento da mortalidade neonatal precoce, subsidiando o planejamento das ações dos serviços de

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, Maringá-PR. alex\_muri\_28hotmailcom; la\_lary\_4@hotmail.com; jackcardoso@gmail.com

<sup>2</sup> Orientador, Docente do Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR, Maringá – Paraná. Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Willian.melo@cesumar.br

saúde e favorecendo medidas intersetoriais na busca da redução deste evento e das iniquidades, fruto das disparidades sociais.

Este estudo teve por objetivo verificar a prevalência dos óbitos neonatais e distribuir as causas de mortalidade neonatal no Município de Maringá-PR, no período de 2000 a 2009, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

## 2 METODOLOGIA

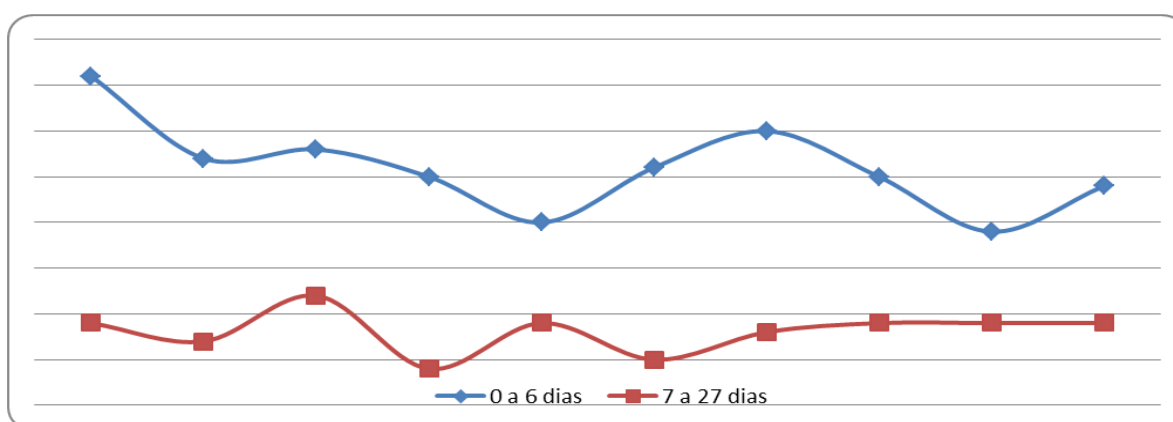
Trata-se de um estudo descritivo, transversal e epidemiológico com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados através do programa TabNet 3.0, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), disponível em site oficial do Ministério da Saúde (<http://portal.saude.gov.br/>).

Os dados foram importados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e tabulados no software *Microsoft Excel* a fim de verificar a prevalência das causas de óbito neonatal. Foram selecionadas as seguintes variáveis: Óbitos por residência (sendo o número de óbitos ocorridos, contados segundo o local de residência); Ano do Óbito (período de ocorrência da mortalidade 2000 a 2009); Capítulo e Lista de Mortalidade segundo o CID-10 (apenas os capítulos específicos da mortalidade neonatal), Causa do óbito, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10); Faixa Etária (abrangendo 0 a 6 dias para óbito neonatal precoce e de 7 a 27 dias para óbito neonatal tardio); Local (município, região metropolitana, microrregião, aglomerado urbano, regional de saúde, macrorregional de saúde, UF ou região) de residência do falecido.

Para descrição dos resultados foram verificadas as freqüências absolutas e relativas, agrupando as causas de óbitos por capítulos do Código Internacional de Doenças (CID-10). Para verificação da prevalência foram calculadas as percentagens e para a apresentação dos dados utilizou-se softwares Excel Microsoft e World Microsof<sup>®</sup>, através de gráficos e tabelas.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A mortalidade neonatal precoce que ocorre dentro dos seis primeiros dias de vida do neonato, foi observada em 260 (76,25%) do total dos casos, sendo 81 (68,85%) maior quando comparado a mortalidade neonatal tardia, que ocorre de 7 a 27 dias de vida do neonato.



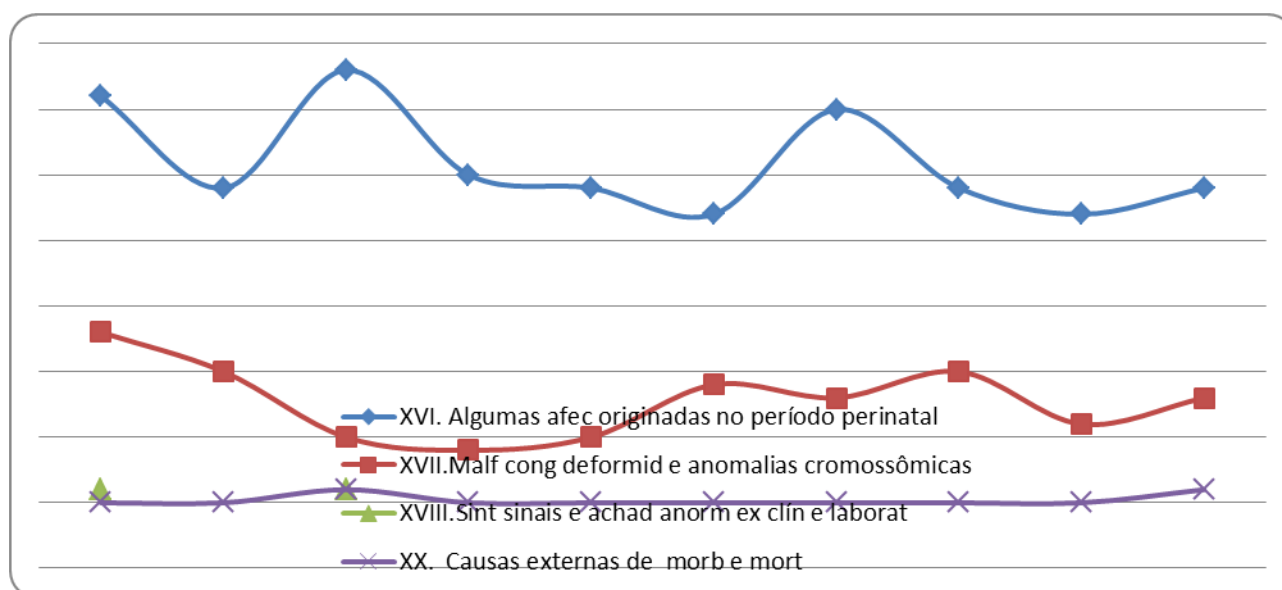
**Gráfico 1** - Óbitos por Residência, segundo faixa etária no Município de Maringá, período de 2000 à 2009.

**Fonte:** MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

No gráfico 1 observa-se que a mortalidade neonatal precoce encontra-se instável, com resultados sofrendo poucas variações a cada ano, diferentemente da mortalidade neonatal tardia que desde o ano de 2007 mantém-se estabilizada com relação ao número dos óbitos.

Os resultados do estudo demonstram que a mortalidade neonatal na cidade de Maringá está concentrada no período perinatal, elas representaram 75,95% da mortalidade total entre os anos de 2000 a 2009, ou seja, a uma década a mortalidade está concentrada em uma determinada causa. Dentro deste período o que mais leva a mortalidade é o feto e recém-nascido afetados por fatores maternos com 112 mortes entre os anos de 2000 a 2009, representando 43,24% da mortalidade, seguida do desconforto (angústia) respiratória do recém-nascido com 39 mortes entre 2000 e 2009, representando 15,06% da mortalidade.

O gráfico 2 indica que a mortalidade neonatal está concentrada no período perinatal (capítulo XVI), com 259 óbitos do total ocorrido (341) durante o período, óbitos esses que na sua maioria são evitáveis. Isso significa que 75,95% dos óbitos infantis estão concentrados neste período, seguida das más formações congênicas e anomalias cromossômicas (capítulo XVII) que indicam 78 (22,87%) dos óbitos, os demais capítulos do CID-10 (Sintomas e sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais e Causas externas de morbidade e mortalidade, indicaram 2 óbitos (1,18%), assim sendo não obtiveram proporção significativa em vista do período perinatal e das más formações congênicas e anomalias cromossômicas.



**Gráfico 2** – Evolução dos óbitos residentes no Município de Maringá- PR, segundo os Capítulos do CID-10  
**Fonte:** MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

O estudo apontou as anomalias congênicas como a segunda causa da mortalidade neonatal, representando 78 casos (22,87%) de mortalidade neonatal. Essas anomalias estão ligadas a eventos que precedem ao nascimento, podendo ser herdadas ou adquiridas, e que a malformação não é uma doença, mas pode ser causada por uma patologia, como também por acidentes, fatores orgânicos, hereditários ou por fatores genéticos (SANTOS, 2005).

Entre os 341 óbitos estudados, 258 (77,7%) foram classificados como evitáveis e 85 (24,3%) como não-evitáveis. Morreram mais meninos (56,0%) do que meninas (44,0%) e a gravidez foi única para 83,3% das crianças. Houve mais óbitos (70,6%) de crianças prematuras (22 a 36 semanas). O parto hospitalar foi o mais prevalente (97,4%), assim como o cesáreo (52,8%), sendo que o peso de nascimento foi inferior a 2.500g para (72,4%) das crianças. Em relação à faixa etária da criança no momento do óbito, o período neonatal precoce representou 76,2% dos óbitos. O maior número de óbitos ocorreu em neonatos da raça branca (83,6%). Em relação ao parto 99,1% dos óbitos ocorrem após o mesmo e em 90,9% dos casos não houve necessidade de investigação do óbito. A escolaridade de 46,6% das mães foi de 8 à 11 anos de estudo e 48,1% delas tinham de 20 à 29 anos de idade.

#### **4 CONCLUSÃO**

Este trabalho pôde mostrar que a mortalidade neonatal está concentrada no período perinatal, índice este que poderia ser evitado com ações preventivas e educativas quando trabalhadas em conjunto com o Programa Saúde da Família (PSF) e uso da alta tecnologia da medicina após o nascimento. No município de Maringá-PR foi observado que a causa dos óbitos neonatais não sofreram mudanças nas últimas décadas, pois de 341 óbitos (100%), 260 (76,25%) ocorreram no período perinatal, ou seja, até os 6 dias de vida, mostrando a deficiência que temos em diminuir a mortalidade neonatal precoce, sendo a maior parte delas evitáveis, contra apenas 81 (23,75%) dos óbitos ocorridos do 7º ao 28º dia de vida do neonato.

Há necessidade de maior atenção às gestantes e ao pré-natal na identificação de possíveis problemas materno-infantis, no acompanhando às gestações de risco e realizando visitas perinatais.

#### **REFERÊNCIAS**

MARCONDES, E. *Pediatria Básica: pediatria clínica e neonatal*. 9. ed. São Paulo: Sarvier, reimpressão, 2003.

MARAN, E; UCHIMURA, T. T. Mortalidade Neonatal: fatores de risco em um município no sul do Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.10, n. 1, p. 29-38, 2008.

SANTOS, R. S; DIAS, I. M. V. Refletindo sobre a malformação congênita. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 58, n. 5, p.592-596, set./out. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.