

## Integralidade da atenção e evitabilidade de óbitos perinatais no município de Fortaleza – CE

### *The integrality of care and avoidance of perinatal deaths in the municipality of Fortaleza – CE*

Jocileide Sales Campos<sup>1</sup>, Maria Helena Prado de Mello Jorge<sup>2</sup>

#### Resumo

O estudo analisou características dos óbitos perinatais ocorridos em residentes em Fortaleza, 2006, bem como, entrevistas de gestantes e mães usuárias do SUS, visando à compreensão da integralidade da atenção em relação à evitabilidade dos óbitos perinatais. Estudo descritivo e transversal, a partir de dados dos sistemas oficiais de informação em saúde: mortalidade e nascidos vivos. Entrevistas individuais às mães embasaram a abordagem qualitativa, complementar. As principais causas de morte foram: transtornos respiratórios e cardiovasculares (28%), duração da gravidez e crescimento fetal (6,7%), complicações da gravidez, do parto e do trabalho de parto (18,3%), infecções (9,%) , malformações congênitas (6,6%). Idade e escolaridade da mãe foram fatores de risco potenciais evidenciados que, pela disponibilidade de registro, podem ser usados como critérios de evitabilidade em nosso meio, para definir intervenções apropriadas. Apesar de formalmente organizado com foco na integralidade, as práticas dos profissionais dificultam o processo efetivo em Fortaleza.

**Palavras-Chave:** Integralidade. Evitabilidade de Óbitos Perinatais. Informação em Saúde.

#### Abstract

The study examined the characteristics of the perinatal deaths occurred in residents of Fortaleza in 2006, as well as interviews with pregnant women and SUS users mothers, aiming to understand the comprehensiveness of care in relation to the preventability of perinatal deaths. It is a descriptive and cross-sectional study from the official information systems in health: mortality and births. Individual interviews with mothers based a complementary qualitative approach. The main causes of death were respiratory and cardiovascular diseases (28%), duration of pregnancy and fetal growth (6.7%), complications of pregnancy, childbirth and labor (18.3%), infections (9,%), congenital malformations (6.6%). Mother's age and education were potential risk factors highlighted that the availability of registration, can be used as criteria of avoidability in our midst, to define appropriate interventions. Although formally organized with a focus on integrity, the practices of professionals complicate the effectiveness of the process in Fortaleza.

1 Médica. Doutora em Saúde Pública. Professora Unichristus - Medicina.

2 Advogada. Doutora em Saúde Pública. Professora Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

**Keywords:** Integrality. Avoidance of Perinatal Deaths. Health Information.

## Introdução

À medida que a mortalidade infantil vem decrescendo no Brasil, sobretudo em relação às mortes pós-neonatais, passou a se concentrar, como em outras partes do mundo, no período neonatal e, especialmente no neonatal precoce<sup>1</sup>.

Esta mudança já é percebida a partir do final da década de 1980, quando o componente neonatal (0 a 27 dias) da mortalidade infantil passou a ter maior destaque em termos proporcionais, representando mais de 60% das mortes em todo o Brasil, sendo que as mortes neonatais precoces (0 a 6 dias) passaram a responder por cerca de 50% dos óbitos infantis, com 25% desses óbitos nas primeiras 24 horas após o nascimento<sup>2,3</sup>.

Em Fortaleza, a mortalidade neonatal foi 11,3/1000 nascidos vivos, em 2005, representando, porém, mais de 50% dos óbitos infantis, cuja taxa de mortalidade foi 17,3/1000. Vale ressaltar que em relação à mortalidade neonatal precoce, o indicador foi 8,7/1000 representando mais de 70% dos óbitos neonatais ocorridos<sup>4</sup>.

Mesmo que a mortalidade perinatal, que inclui mortes fetais e neonatais precoces, seja reconhecida como indicador da qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, as mortes fetais são menos estudadas que as mortes neonatais<sup>5</sup> e precisam ter reconhecidos os seus determinantes<sup>6</sup>.

O Ministério da Saúde<sup>2</sup> lançou, em 2009, o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (2009), para capacitar profissionais que atuarão na investigação e no combate a essas mortes.

Na busca de entender o papel do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em relação à diretriz da integralidade, verificase que, segundo vários estudiosos, trata-se de uma diretriz que apresenta diversas dimensões, como: foco de atenção no ser humano, na sua totalidade e não apenas na doença; assistência à saúde ofertada nos diversos níveis de complexidade tecnológica do sistema; assistência diferenciada para aqueles que se encontram em situações desiguais; interferência nas condições gerais de vida da população<sup>7</sup>.

A ocorrência de problemas de saúde, evitáveis por meio de intervenções dos serviços de saúde, representa um “evento sentinela”<sup>8</sup>.

Com base nesta premissa, a classificação de Wigglesworth<sup>9</sup> modificada por Keeling et al.<sup>10</sup> tem sido utilizada para conhecer causas de mortes perinatais e sua relação com as ações nos serviços de saúde. São cinco categorias fisiopatológicas: a) mortes *antepartum*, b) malformações congênitas, c) prematuridade – nascidos vivos com menos de 37 semanas de gestação, d) asfixia intraparto, e) causas específicas como infecções e outras<sup>9,10</sup>.

Os óbitos nos primeiros seis dias de vida, sobretudo no primeiro dia, mostram uma relação com a atenção à saúde da gestante e da criança na assistência ao pré-natal, parto, nascimento e em unidade neonatal<sup>3</sup>.

Investigar os óbitos e suas causas e conhecer a possibilidade de sua prevenção permitem compreender prováveis falhas na assistência à saúde perinatal. Justificase, portanto, a realização deste estudo que objetivou descrever óbitos perinatais e sua evitabilidade, bem como a percepção das usuárias do SUS sobre a atenção ofertada

nos cuidados perinatais, como subsídios para compreender a integralidade da atenção no sistema local de saúde, em Fortaleza.

## Metodologia

Foram utilizadas as abordagens quantitativa e qualitativa visando a melhor compreensão dos fenômenos estudados<sup>11,12,13</sup>.

A pesquisa transversal retrospectiva, a partir de dados de fonte secundária dos sistemas de informações sobre mortalidade (SIM) e sobre nascidos vivos (SINASC) caracterizou a abordagem quantitativa, descreveu características clínico-epidemiológicas dos óbitos perinatais, sociodemográficas de suas mães e condições relacionadas à gestação e ao parto. O estudo contemplou os dados do ano 2006, na cidade de Fortaleza – CE.

O relacionamento entre os Bancos de dados do sistema SINASC - “linkage”-visou à melhoria da captação dos dados e a otimização da informação de variáveis registradas nos dois sistemas e utilizou o Reclink III<sup>14</sup>.

As informações sobre causas dos óbitos, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), foram utilizadas para obter dados sobre óbitos fetais e neonatais precoces, atender os critérios da classificação de Wigglesworth modificada<sup>9,10</sup> para estimar as mortes perinatais evitáveis. Foram complementadas por pesquisa de prontuários com dados não disponíveis no SIM.

Para o processamento e análise dos dados quantitativos foram utilizados

o software TabWin e o programa Excel®, produzindo números absolutos, percentuais e taxas, considerando as variáveis importantes para o estudo. Para a construção das Taxas de Mortalidade Fetal e Perinatal utilizou-se, no denominador, o total de nascimentos (nascidos vivos + nascidos mortos; N = 40.724), enquanto para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce foi usado o total de nascidos vivos (N = 40.391). O cálculo dos indicadores foi feito pelo método direto admitindo que os dados de Fortaleza, por ser a capital do Estado, tenham boa qualidade. Por meio da proporção de cada um de seus componentes, estimou-se as taxas de natimortalidade e de mortalidade neonatal precoce

Na abordagem qualitativa, os dados foram coletados de fonte primária, com aplicação de formulário semi-estruturado, com mães, obtendo a percepção de mulheres que tiveram parto, quanto à assistência e à integralidade na atenção pré e perinatal, na rede pública de serviços de saúde de Fortaleza, cidade onde residem.

A análise de discurso<sup>15,16</sup> foi definida para a análise dos dados qualitativos, aplicada após transcrição e leitura das entrevistas e categorização das falas<sup>17,18</sup>. O resultado evidenciou os aspectos do atendimento das gestantes e seus conceitos nos serviços de saúde do SUS.

O estudo, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo (USP) e da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), tendo as entrevistadas assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após serem informadas pela pesquisadora.

## Resultados

O resultado obtido após o relacionamento das variáveis do SIM e do SINASC, referentes aos óbitos neonatais precoces

(ONNP), apresentado na Tabela 1, mostra uma considerável recuperação das variáveis maternas e dos recém-nascidos. Dados sobre óbitos fetais, registrados apenas no SIM, não passaram pelo relacionamento.

**Tabela 1** – Características de óbitos neonatais precoces (N = 360), Fortaleza, Ceará 2006

Características	Antes da correção		Após correção	
	Nº	%	Nº	%
<b>Sexo</b>				
Masculino	200	55,6	202	56,1
Feminino	151	41,9	153	42,5
Ignorado	9	2,5	5	1,4
<b>Peso Nascer (g)</b>				
< 2.500	250	69,4	272	75,5
≥ 2.500	55	15,3	64	17,8
Ignorado	55	15,3	24	6,7
<b>Idade Mãe (anos)</b>				
10 – 19	55	15,3	69	19,2
20 – 34	174	48,3	214	59,4
35 ou mais	30	8,3	38	10,6
Não informado/ignorado	101	28,1	39	10,8
<b>Escolaridade Mãe (anos)</b>				
Nenhuma	25	6,9	28	7,8
Menos de 8	48	13,3	94	26,1
8 – 11	71	19,7	121	33,6
12 ou mais	23	6,4	42	11,7
Não informado/ignorado	193	53,6	75	20,8
<b>Tipo de Gravidez</b>				
Única	273	75,8	299	83,1
Dupla	32	8,9	34	9,4
Tripla ou mais	3	0,8	3	0,8
Não informado/ignorado	52	14,4	24	6,7
<b>Duração da gestação (semanas)</b>				
<22	-	-	23	6,4
22 a 36	249	69,2	241	66,9
37 a 41	55	15,3	69	19,2
42 ou mais	1	0,3	1	0,3
Não informado/ignorado	55	15,3	26	7,2
<b>Tipo de parto</b>				
Vaginal	202	56,1	222	61,7
Cesáreo	97	26,9	109	30,3
Não informado/ignorado	61	16,9	29	8,1

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2008 (dados dos Bancos do SIM e do SINASC)

A Tabela 2 apresenta características dos óbitos neonatais precoces e dos óbitos fetais. Sua análise evidencia que os óbitos são mais prevalentes no sexo masculino: 57,1% para o componentes fetal e 56,1% para o neonatal precoce. Outro achado que vale ressaltar refere-se ao peso, sendo que

os óbitos mostram-se mais frequentes entre os que pesaram menos de 2500g, tendo sido encontrado 75,5% entre os neonatais precoces e 71,5% entre os fetais, cerca de quatro vezes maior que entre os que apresentaram peso igual ou superior a este limite, nos dois grupos.

**Tabela 2** – Características dos óbitos neonatais precoces, fetais e perinatais e total de nascimentos. Fortaleza, Ceará, 2006

Características	Óbitos Neonatais Precoces (N=360)		Óbitos Fetais (N=333)		Óbitos Perinatais (N=693)		Total de nascimentos (N=40.724)
	N	%	N	%	N	%	N
<b>Sexo</b>							
Masculino	202	56,1	190	57,1	392	56,6	20.907
Feminino	153	42,5	130	39,0	283	40,8	19.649
Ignorado	5	1,4	13	3,9	18	2,6	168
<b>Peso ao Nascer (g)</b>							
< 2.500	272	75,5	238	71,5	510	73,6	3.688
≥ 2.500	64	17,8	95	28,5	159	22,9	37.035
Ignorado	24	6,7	-	-	24	3,5	1
<b>Idade da Mãe (anos)</b>							
10 – 19	69	19,2	61	18,3	130	18,7	7.988
20 – 34	214	59,4	197	59,2	411	59,3	28.280
35 ou mais	38	10,6	49	14,7	87	12,6	4.410
Não informado/Ignorado	39	10,8	26	7,8	65	9,4	46
<b>Escolaridade da Mãe (anos)</b>							
Nenhuma	28	7,8	21	6,3	49	7,1	500
< 8	94	26,1	96	28,8	190	27,4	14.464
8 – 11	121	33,6	78	23,5	199	28,7	16.190
12 ou mais	42	11,7	41	12,3	83	12,0	6.901
Não informado/Ignorado	75	20,8	97	29,1	172	24,8	3.499
<b>Tipo de Gravidez</b>							
Única	299	83,1	320	96,1	619	89,3	39.810
Dupla	34	9,4	12	3,6	46	6,6	755
Tripla ou mais	3	0,8	-	-	3	0,4	31
Não informado/Ignorado	24	6,7	1	0,3	25	3,6	28
<b>Duração da gestação (semanas)</b>							
< 37	264	73,3	230	69,0	494	71,3	2.953
37 a 41	69	19,2	100	30,1	169	24,4	36.524
42 ou mais	1	0,3	3	0,9	4	0,6	114
Não informado/Ignorado	26	7,2	-	-	26	3,7	1.133
<b>Tipo de parto</b>							
Vaginal	222	61,7	272	81,7	494	71,3	20.164
Cesáreo	109	30,3	57	17,1	166	23,9	20.381
Não informado/Ignorado	29	8,1	4	1,2	33	4,8	179

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2008 (dados dos Bancos do SIM e do SINASC de 2006).

Em relação ao tipo de gravidez, foi encontrada taxa de 15,5/1000 nascimentos entre gestações únicas (39810 nascimentos de gravidez única), com aumento para 60,9 entre as duplas (755 nascimentos) e 96,7 entre as triplas e mais (31 nascimentos).

Quanto ao tipo de parto, a distribuição entre vaginal e cirúrgico foi praticamente igual: 20164 vaginais e 20381 cirúrgicos. No grupo com parto vaginal a mortalidade encontrada foi 24,5/1000 nascimentos e com parto cesáreo foi 8,1. Vale ressaltar que o percentual de partos cesáreos foi muito menor entre os óbitos fetais.

Um estudo mais detalhado das faixas etárias das mães, mostrado na Figura 1, deixa perceber que a mortalidade perinatal é maior na faixa de 10-14 anos, com maior representação de óbitos neonatais precoces. Por outro lado, na faixa dos 35 e mais anos a natimortalidade é mais evidenciada.

Os números informam diferente comportamento dos componentes das mortes perinatais em relação à idade da mãe – no grupo 35 e mais anos as mortes fetais se sobressaem – como também, a taxa de mortalidade específica entre as mães de 35 ou mais anos mostrou-se mais elevada.

Quando calculada a taxa de mortalidade perinatal, a partir do uso da soma de óbitos neonatais precoces e óbitos fetais, e tomando o total de nascimentos (40724) como denominador, esta se revelou muito mais elevada (98/1000 nascimentos totais) no grupo de mães sem nenhuma escolaridade, principalmente, se comparada aos grupos de 8 – 11 e com mais de 12 anos de estudo, cujo taxa foi de 12,0/1000 nascimentos totais.

A mortalidade perinatal foi mais elevada entre os óbitos com menos de 37 semanas de gestação, elevando-se, também entre os óbitos com 42 semanas ou mais.

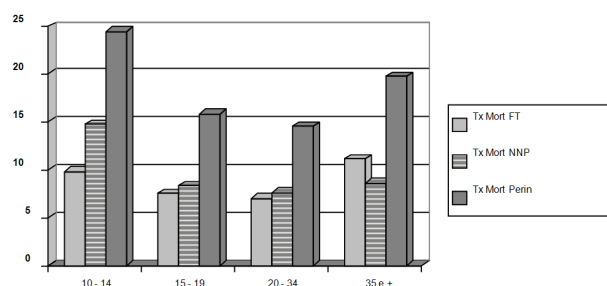


Figura 1 - Taxas de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal, segundo faixa etária da mãe, (por mil nascimentos), após relacionamento dos Bancos, Fortaleza, 2006

Em relação à idade ao morrer, entre os óbitos neonatais precoces, a Figura 2 mostra uma maior elevação de mortes no 1º dia de vida (136), mais de um terço dos 360 óbitos ocorridos entre todas as crianças de zero a seis dias.

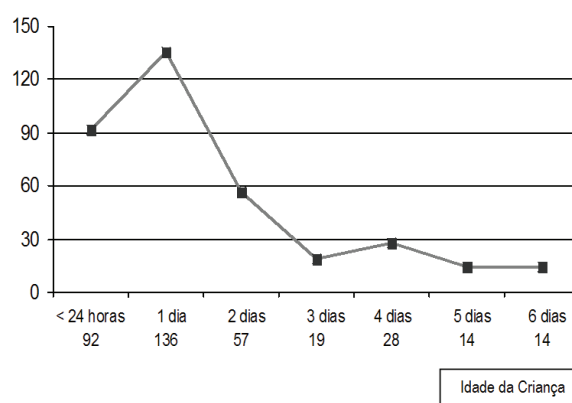


Figura 2. Distribuição dos óbitos neonatais precoces, segundo idade ao morrer, Fortaleza, 2006

Os dados da Tabela 3, referentes às causas de óbitos perinatais, segundo a CID-10, foram utilizados para viabilizar a construção dos critérios de evitabilidade<sup>9,10</sup>. Deve ser destacado que dados sobre óbitos fetais *antepartum*, com ocorrência antes do trabalho de parto, não são encontrados nos registros do SIM e nem mesmo o foram nos prontuários.

Tomaram-se como tais, os óbitos fetais das parturientes, referiram “*paciente deu entrada com feto morto*”.

**Tabela 3** - Óbitos neonatais precoces, fetais e perinatais, segundo causa básica. Fortaleza, Ceará, 2006.

Causas segundo a CID-10		Óbitos NNP	Óbitos Fetais	Óbitos Perinatais	
N		N	N	%	
A50	Sífilis congênita	2	1	3	0,4
C79	Neoplasia maligna secundária	1	-	1	0,1
N00	Síndrome nefrítica aguda	1	-	1	0,1
P00 – P04	Feto e RN afetados por fatores maternos, complicações da gravidez, trabalho de parto, parto	35	92	127	18,3
P05 – P07	Transtornos relacionados com duração da gravidez e crescimento fetal	44	2	46	6,7
P15	Traumatismo de parto	4	-	4	0,6
P20 – P29	Transtornos respiratórios e cardiovasculares do período perinatal	133	58	191	28,0
P36 – P39	Infecções específicas do período perinatal	65	2	67	9,7
P52 – P61	Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e RN	4	1	5	0,7
P70 – P74	Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do RN	2	3	5	0,7
P83	Afecções que comprometem tegumento e regulação térmica do feto e do RN	2	-	2	0,3
P95 – P96	Outros transtornos originados no período perinatal	15	159	174	25,1
Q00 – Q07	Malformações congênitas do sistema nervoso	17	6	23	3,3
Q20 – Q027	Malformações congênitas do aparelho circulatório	7	-	7	1,0
Q33	Malformações congênitas do aparelho respiratório	3	-	3	0,4
Q39	Outras malformações congênitas do aparelho digestivo	2	-	2	0,3
Q60 – Q61	Malformações congênitas do aparelho urinário	2	-	2	0,3
Q78 – Q79	Malformações congênitas e deformações do sistema osteomuscular	4	1	5	0,7
Q87 – Q89	Outras malformações congênitas	12	8	19	3,0
Q91	Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	2	-	2	0,3
R99	Outras causas mal definidas	1	-	1	0,1
W84	Risco não específico para respiração	1	-	1	0,1
Y09	Agressões por meio não especificado	1	-	1	0,1
<b>TOTAL</b>		<b>360</b>	<b>333</b>	<b>693</b>	<b>100</b>

Fonte: SESA, 2008. Obs. Transt= transtorno; Malform=malformação; PN= perinatal; Cromoss= cromossomicas

As infecções, inclusive sífilis, a duração da gravidez, os transtornos respiratórios, as malformações congênitas são evidenciadas na Tabela 3, citada acima.

A distribuição das informações, de

modo a formatar a Tabela 4 que inclui os critérios de evitabilidade<sup>9,10</sup> evidencia falhas na assistência às pacientes durante o pré-natal, bem como durante o parto e, também, ao recém-nascido em sala de parto e unidade neonatal.

**Tabela 4** - Óbitos fetais, neonatais precoces e perinatais, segundo a classificação de Wigglesworth modificada. Fortaleza, Ceará, 2006.

Causas de morte	Óbitos Fetais		Óbitos Neonatais Precoces		Óbitos Perinatais		Fator Assistencial relacionado
	N	%	N	%	N	%	
Óbitos anteparto (antes do trabalho de parto)*	182	54,7	-	-	182	27,1	Assistência ao pré-natal
Malformação congênita	15	4,5	49	14,5	64	9,5	Assistência e diagnóstico pré-natal
Imaturidade**	-	-	217	64,2	217	32,4	Assistência em sala de parto e em unidade neonatal
Asfixia	131	39,3	30	8,9	161	24,0	Manejo obstétrico e assistência em sala de parto (incluindo ressuscitação do recém-nascido)
Condições específicas***	5	1,5	42	12,4	47	7,0	Assistência e diagnóstico pré-natal; assistência em sala de parto e em unidade neonatal****
Sub-total	333	100	338	100	671	100	
Ignorado	-	-	22	-	22	-	
<b>TOTAL</b>	<b>333</b>		<b>360</b>		<b>693</b>		

Nota: A soma total (OPN) inclui 22 ignorados entre os ONNP.

\* Calculado a partir da aplicação dos achados da análise de 15% dos prontuários de mães de óbitos fetais para o grupo 1 e para parte do grupo 4.

\*\* Incluídos 39 óbitos neonatais precoces com peso < 500g.

\*\*\* Atenção para os casos de Sífilis (3), Onfalite (1), Doença Hemolítica (1) e entre os outros 17 especificados (óbitos neonatais precoces).

\*\*\*\* Considerações da autora desta pesquisa: a evitabilidade é parcial e a proposta quanto aos fatores assistenciais incluem, também, ações no pré-natal.

Em relação à abordagem qualitativa do estudo, a análise das categorias formadas a partir dos discursos resultantes das entrevistas, mostrou aspectos relacionados à assistência recebida pelas mulheres durante a prestação de serviços ofertados pelo SUS. Foram entrevistadas 34 mães, residentes em Fortaleza, identificadas em hospitais-maternidade, cujo produto foi representado por óbitos fetais (1 a 13) e óbitos neonatais precoces (14 a 34) e mais 12 mães de nascidos vivos que ultrapassaram o período neonatal, somando 46 entrevistas.

A faixa etária variou de 14 a 40 anos e a escolaridade baixa ou ausente predominou entre as mães de crianças natimortas ou que foram a óbito até seis dias. O parto normal foi o mais relatado. Destacaram-se comentários negativos sobre a relação médico-paciente bem como sobre a falta de visitas domiciliares, realizadas pelos agentes comunitários de saúde, conforme suas próprias falas.

*“perguntei se ele ia examinar, pesar, pedir exame, e ele disse que só na outra consulta, que tava tudo bem.*



*Fiquei decepcionada, pensei que ele ia examinar, ver o peso.” (E1)*

*“...o doutor era assim pouco conversador, mas tinha uma enfermeira que explicava melhor...”*

*“...foi muito bom... ela me dava informação que nem no Posto eu tive... muito boa ela” (E44)*

*“...nunca recebi visita de ACS... acho que às vez é bom, que a gente conversa, pergunta e pode saber das coisa...” (E5)*

As mulheres relataram ter recebido encaminhamento para serviços especializados quando eram “de risco”, porém, não recebiam explicações sobre o motivo do encaminhamento, e algumas não entendiam o “risco”, fato que as levava a retardar a consulta especializada. Algumas delas referiram tentativa do médico de marcação pelo “computador” que não se concretizava e o médico encaminhava com guia para um serviço, após contato prévio com um profissional amigo.

*“ele (o médico) tentou marcar outra consulta no computador de lá, mas, não deu certo e eu fui atendida com a guia, mas sei que demorei de ir...” (E32)*

*“... doutora, eu não sabia que era grave mesmo e fui deixando e depois já era tarde...” (E29)*

*“... se não fosse ter sido encaminhada pro outro posto, o meu fio tinha era morrido...” (E40)*

Durante o parto, algumas informaram atendimento desatencioso, mas outras já comentaram ter recebido cuidado mais apropriado, sobretudo durante o parto.

*“...tive sorte, a doutora explicava tudo que era pra ser feito... acho que tava certa.”. (E43)*

*“teve uma doutora que salvou meu filho... deixou eu internada 30 dia até ele ficar de peso bom de nascer. Foi Deus que ajudou” (E40)*

## Discussão e Considerações Finais

De modo geral, os resultados verificados corroboram com achados de estudos realizados com objetivos similares. Assim, por exemplo, em relação ao sexo há estudos que explicam a maior ocorrência de óbitos entre os meninos porque o amadurecimento do pulmão é mais precoce entre as meninas reduzindo problemas respiratórios e conseqüente mortes entre os recém-nascidos<sup>1</sup>.

A gravidez múltipla é considerada fator de risco, com restrição de crescimento fetal e mortalidade três vezes maior que em gestação única<sup>19,20,21</sup>.

A hipóxia/asfíxia durante o trabalho de parto e o parto, condições que podem determinar morte perinatal, paralisia cerebral e retardo mental, podem ter indicação de intervenção cirúrgica, bem como as infecções genitais<sup>22,23</sup>. Por outro lado, a cesárea eletiva é descrita, como fator de risco para prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal<sup>24</sup>. Em Fortaleza, ao considerar as gestações de alto risco, o parto cirúrgico pode parece ter sido fator protetor, sugerindo indicação tecnicamente apropriada, semelhante aos achados no Município de São Paulo, em 2002<sup>25</sup>.

Em relação à duração da gestação, os achados são concordantes com aqueles encontrados em outras investigações realizadas em diferentes países, bem

como em vários estados brasileiros. Recentemente, foi verificado que 28% dos óbitos fetais encontravam-se entre 32 a 36 semanas, enquanto entre nascidos vivos somente 7% foi observado nesse período gestacional, sugerindo que o difícil manejo da gravidez de alto risco pode ser responsável por este fato<sup>26</sup>. No caso de Fortaleza, a maior vigilância de gestantes entre 22 e 26 semanas de gestação, estreitamento do período entre as consultas nesta fase da gravidez, poderiam detectar precocemente sinais de perigo, proporcionando oportunidade de intervenção.

Estudo de revisão<sup>27</sup> confirma relação entre o peso ao nascer e a mortalidade neonatal precoce, como foi encontrada em Fortaleza.

Aspectos que merecem ser mais destacados são a idade e educação maternas, variáveis que também se sobressaíram na abordagem qualitativa do estudo, e que, além disso, destacou falha na relação médico-paciente em virtude da atenção deficiente e, principalmente, pela ausência de informações. A escolaridade materna é considerada preditora de risco para mortalidade infantil<sup>3</sup> e fator indireto de mortalidade neonatal<sup>28</sup>.

De modo geral, os resultados obtidos no estudo em Fortaleza, concordam com inúmeras investigações existentes, mostrando que a idade das mulheres na adolescência, sobretudo menores de 17 anos, como também após os 35 anos é considerada fator de risco para o feto e também para as mulheres<sup>29,30</sup>.

Em relação ao conhecimento da evitabilidade a partir dos critérios propostos<sup>9</sup>, nem todas as informações solicitadas estão registradas nos sistemas de informações

e nem mesmo nos prontuários, levando, então, ao uso de dados sobre óbitos antes do parto e não antes do trabalho de parto conforme previsto pelo autor.

O resultado da análise da parte qualitativa permite compreender que o sistema municipal de saúde de Fortaleza está formalmente organizado para atender a diretriz da integralidade da atenção. Na prática, entretanto, sua efetivação é prejudicada por falha resultante do comportamento de profissionais e consequentemente da própria paciente, embora tenham sido identificadas, algumas vezes, atitudes corretas no encaminhamento e esclarecimento de mulheres que apresentaram gestação de alto risco. Deve ser acrescentado que a existência de grupos de educação em saúde, também, não foi relatada pelas entrevistadas.

As práticas dos profissionais são fundamentais e indispensáveis para a efetivação da integralidade<sup>31,32,33,34</sup>. Estudo realizado em Sobral - CE<sup>35</sup> referiu que a visita domiciliar, por profissionais das equipes de saúde da família, favoreceu o compartilhamento de informações por meio do exercício de educação em saúde. Outras pesquisas mostram, por outro lado, que gestantes não faziam perguntas aos seus pré-natalistas por acreditarem que eles não estariam dispostos a responder-lhes<sup>36</sup>.

Os complexos achados, tanto na parte quantitativa quanto na qualitativa do estudo, se somam e se complementam, visando à compreensão do fenômeno - morte perinatal. A adição de valores e significados internalizados pelas mães leva a elucidação das circunstâncias nas quais ocorreram os fatos, o que permite explicações mais completas para a

definição deste fenômeno. Mostram uma visão do funcionamento dos serviços de saúde em Fortaleza na atenção pré e perinatal.

A utilização da classificação<sup>9</sup> modificada<sup>10</sup> para conhecer a evitabilidade dos óbitos perinatais, apresentou uma limitação, já referida por outros autores<sup>37</sup>, quanto ao critério óbito *antepartum* - antes do trabalho de parto - não registrado adequadamente em nosso meio. Causas potenciais como sejam idade materna e escolaridade da mãe, não são consideradas na classificação<sup>9,10</sup>, as quais, nesta pesquisa, têm sua influência evidenciada na causalidade das mortes. A baixa escolaridade pode ter sido um fator fortalecido pela relação deficiente entre paciente e profissional. Mães não escolarizadas recebem menos orientação dos profissionais de saúde que tem um conceito pré-formado, segundo as próprias mães, de que elas não são capazes de entender e não vale à pena tentar informá-las.

Nesta investigação, a análise do discurso das mães entrevistadas acrescentou a percepção subjetiva elaborada por suas vivências, e reforçou a existência de situações que indicam a necessidade de equacionamento para a obtenção de mais qualidade na atenção à gestante. Mulheres com mais de oito anos de estudo insistiram mais para obter uma informação não ofertada inicialmente pelo profissional que lhes atendia.

Concordando<sup>38</sup> a organização da assistência à saúde, regionalizada e hierarquizada na busca do atendimento integral, é um processo que não depende apenas de normas legais institucionalizadas. Inclui melhoria do relacionamento interpessoal e adequação dos serviços às necessidades demandadas pelo paciente.

Portanto, Fortaleza, que já dispõe de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços de atenção obstétrica e perinatal formalizada, com referência e contra referência informatizadas - desde o atendimento ambulatorial básico ao hospitalar para alto risco, pode aperfeiçoar o sistema para o alcance da integralidade e redução de óbitos perinatais, fortalecendo aspectos ligados às práticas dos profissionais.

É preciso identificar e capacitar profissionais para a promoção de saúde por meio de informações claras e oportunas às mulheres, sobretudo as menos escolarizadas; garantir visitas domiciliares por agentes capacitados para seguimento mais freqüente e oferta apropriada de informações às gestantes não escolarizadas, adolescentes e maiores de 35 anos; criar a interconsulta na qual o especialista atende as gestantes de risco na própria unidade básica; fortalecer a interação unidade básica/hospital/central de regulação, controle e avaliação. Além disso, um programa intersetorial, envolvendo educação, assistência social e saúde, pode oferecer escolarização às mulheres.

Por fim, conclui-se que idade e nível de educação das mães, importantes fatores de risco indiretos para as mortes perinatais, sendo de mais fácil coleta nos países em desenvolvimento, podem ser utilizados como critérios para identificar necessidade de intervenção apropriada para o fortalecimento da integralidade da atenção e consequente prevenção de óbitos perinatais.

## Referências

1. Amaral JJF, Cunha AJLA, Silva MASF. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância

- AIDPI: avaliação nas unidades de saúde. Brasília, DF;2002.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. 2. ed. Brasília, DF;2009.
  3. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa. Demografia e saúde. contribuição para análise de situação e tendências. Brasília, DF, 2009.
  4. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2006-2009. Fortaleza, 2008.
  5. Mello Jorge MHP de, Laurenti R, Gotlieb SL. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência da implantação do SIM e SINASC. *Ciênc Saúde Coletiva*;2007;12(3):643-654.
  6. Fonseca SC, Coutinho ESF. Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados. *Cad. Saúde Pública*.2004; 20(Supl 1):7-19.
  7. Furtado LAC, Tanaka OY. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Rev Saúde Pública*.1998;32(6):587-595.
  8. Rutstein DD, Berenberg G, W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N. Engl. J. Med.* 1976;294(11):582-588.
  9. Wigglesworth, J. S. Monitoring perinatal mortality: a pathophysiological approach. *The Lancet*. 1980;2(8196):684-686.
  10. Keeling JW, Macgillivray I, Golding J, Wigglesworth J, Berry J, Dunn PM. Classification of perinatal death. *Arch Dis Child*. 1989;64:1345-1351.
  11. Milles MB. Qualitative data as an attractive nuisance: the problem of analysis. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24(4).
  12. Minayo MCS, Deslandes SF(org). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz;2002.
  13. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Editora da USP; 2004.
  14. Camargo Junior KR, Coeli CM. *RekLink III. Relacionamento probabilístico de registros, versão 3.1.6.3160*. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/educacao/kencamargo/RecLinkdl.html>>. Acesso em: 15 jul. 2008.
  15. Gil R. Análise de discurso. In: Bauer MW, Gaskel G. (editores). *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático*. 4. ed. Petrópolis: Vozes; 2005. p. 244-270.
  16. Macedo LC et al. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. *Interface – comunic, saúde, educ*. 2008;12(26):649-656.
  17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
  18. Oliveira MM de. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes; 2007. *Como trabalhar os dados da pesquisa de campo*. p. 93-103.
  19. Russel Z, Quintero RA, Kontopoulos EV. Intrauterine growth restriction in monochorionic twins. *Semin Fetal Neonatal Med*.2007;12:439-449.
  20. Guillamon MR, Freitas M de. Mortalidade perinatal. In: Segre CAM, Costa HPF, Lippi UG. *Perinatologia: fundamentos e prática*. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 2009. p. 380-384.
  21. Rydhstroem H, Heraib F. Gestational duration, and fetal and infant mortality for wins vs singletons. *Twins Res*. 2001;4(4):227-231.
  22. Adcock LM, Papile LA. Perinatal asphyxia. In: Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. (editores). *Manual of neonatal care*. 6th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 518-528
  23. Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. *Assistência ao parto e tocurgia: manual de orientação*. São Paulo: Ponto; 2002.
  24. Victora CG, Barros F. Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous. *The Lancet*. 2006;367(9525):1796-1797.
  25. Almeida MF, Novaes HMD, Alencar GP, Rodrigues L. Mortalidade neonatal no município de São Paulo: influência de peso ao nascer e de

- fatores sócio-demográficos e assistenciais. Rev Bras Epidemiol; 2002;5(1):93-107.
26. Camargo ABM. A natimortalidade e mortalidade perinatal em São Paulo. São Paulo Perspec. 2008;22(1):30-47.
27. Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Rev. Saúde Pública. 2002;36(6):759-772.
28. Santos IS et al. Mães e suas gestações: uma comparação de três coortes de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008;24 Supl. 3:381-389.
29. Guimarães EMB. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. Pediatr Moderna. 2001;37 (Edição Especial):29-32.
30. Mac Dorman MF, Munson ML, Kiermeyer S. Fetal and perinatal mortality, United States, 2004. Natl Vital Stat Rep. 2007;56(13):1-19.
31. Furtado LAC, Tanaka OY. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. Rev Saúde Pública. 1998;32(6):587-595.
32. Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.
33. Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior AG. Integrality in the population's health care programs. Cien. & Saúde Coletiva. 2007;12(2):343-349.
34. Giovalella L et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate. 2002;26(60):37-61.
35. Silva AC. et al. Saúde da família: saúde da criança: a resposta de Sobral. São Paulo: Hucitec; 2007.
36. Castro CM, Ferrari S. Aspectos psicológicos da relação equipe-paciente. In: Mariani Neto C, Tadini V. Obstetrícia e ginecologia: manual para o residente. São Paulo: Roca; 2002.
37. Almeida MF, Alencar GP, Novaes HMD, Ortiz LP. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. Rev Bras Epidemiol. 2006;9(1):56-68.
38. Mendes WB, Almeida ES de. Regionalização da assistência à saúde: equidade e integralidade na perspectiva de gestores. Mun Saúde. 2005;29(1):26-34.

---

**Endereço para correspondência:**

Jocileide Sales Campos  
Rua Prof. Heráclito, 553.  
Papicu - CEP 60.181-245  
Fortaleza - Ceará  
E-mail: [jocileide23@gmail.com](mailto:jocileide23@gmail.com)