



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF NEONATAL MORTALITY: SERIES 2008-2018, FEDERAL DISTRICT

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORTALIDAD NEONATAL: SERIE HISTÓRICA 2008-2018, DISTRITO FEDERAL

Bruna Carolina Neves Ferreira¹, Gabrielle Rodrigues Nunes²

e545185

<https://doi.org/10.47820/recima21.v5i4.5185>

PUBLICADO: 04/2024

RESUMO

Este artigo teve o objetivo de analisar o perfil epidemiológico da mortalidade neonatal no Distrito Federal, numa série histórica de 2008 a 2018. O método utilizado foi o estudo descritivo quantitativo, ecológico, de série temporal, com coleta de dados secundários extraídos a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Os resultados demonstraram que o maior número de óbitos neonatais foi em 2013 (10,1%). Referente às variáveis maternas, houve aumento nos óbitos neonatais pelo parto vaginal (48,7%); em mães com 8 a 11 anos de estudo (39,4%) e entre 20 e 29 anos (42,5%), seguidos de mães entre 30 e 39 anos (32,1%). Relacionado às variáveis neonatais, mostra-se maior número de óbitos em nascidos com o peso entre 500g e 1.499g (50,3%), em ambiente hospitalar (98,40%) e do sexo masculino (55,37%). As variáveis maternas e neonatais influenciaram nas taxas de mortalidade neonatal no DF de 2008 a 2018.

PALAVRAS-CHAVE: Fatores de risco. Mortalidade neonatal. Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

This article aimed to analyze the epidemiological profile of neonatal mortality in Federal District, within a historical series from 2008 to 2018. The method used was quantitative descriptive study, ecological, time-series, with the collection of secondary data extracted from the Mortality Information System and the Live Births Information System. The results showed that the highest number of neonatal deaths occurred in 2013 (10.1%). Regarding maternal variables, there was an increase in neonatal deaths due to vaginal birth (48.7%), mothers with 8 to 11 years of education (39.4%), and mothers aged 20 to 29 years (42.5%), followed by mothers aged 30 to 39 years (32.1%). Regarding neonatal variables, a higher number of deaths were observed in infants with a birth weight between 500g and 1,499g (50.3%), in a hospital setting (98.40%), and among males (55.37%). Maternal and neonatal variables influenced neonatal mortality rates in the Federal District from 2008 to 2018.

KEYWORDS: Risk factors. Neonatal mortality. Epidemiological profile.

RESUMEN

Este artículo tuvo como objetivo analizar el perfil epidemiológico de la mortalidad neonatal en el Distrito Federal, en una serie histórica de 2008 a 2018. El método utilizado fue un estudio descriptivo cuantitativo, ecológico, de series temporales, con recolección de datos secundarios extraídos del Sistema de Información sobre Mortalidad y del Sistema de Información sobre Nacidos Vivos. Los resultados mostraron que el mayor número de muertes neonatales fue en 2013 (10,1%). En cuanto a las variables maternas, hubo un aumento en las muertes neonatales por parto vaginal (48,7%); en madres con 8 a 11 años de estudio (39,4%) y entre 20 a 29 años (42,5%), seguidas de madres entre 30 a 39 años (32,1%). En relación a las variables neonatales, se observa un mayor número de muertes en nacidos con un peso entre 500g y 1.499g (50,3%), en entorno hospitalario (98,40%) y de

¹ Enfermeira graduada pela Universidade Católica de Brasília. Especialista em Obstetrícia, Saúde da Família e Docência em Enfermagem. Docente do Instituto de Pós Graduação de Enfermagem (IPGEB). Preceptora de campo de estágio de cursos de graduação em enfermagem. Enfermeira Obstetra atuante no Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) - DF.

² Enfermeira graduada pela Universidade Católica de Brasília.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

sexo masculino (55,37%). Las variables maternas y neonatales influenciaron en las tasas de mortalidad neonatal en el DF de 2008 a 2018.

PALABRAS CLAVE: Factores de riesgo. Mortalidad neonatal. Perfil epidemiológico.

1 INTRODUÇÃO

Os indicadores de saúde são ferramentas necessárias para fornecer informações sobre os atributos da saúde pública, uma vez que repercutem na conjuntura sanitária, propiciam o controle das condições de saúde e concedem o subsídio para o planejamento de políticas e programas. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um desses indicadores, que engloba os aspectos neonatais e pós-neonatais. O TMI reflete tanto o acesso quanto a qualidade dos cuidados de saúde para mães e crianças, além de sinalizar as condições socioeconômicas e de infraestrutura de um país¹.

A Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN), por sua vez, compreende os óbitos neonatais que ocorrem nos primeiros 27 dias de vida. Esses eventos são subdivididos em mortalidade neonatal precoce, que engloba óbitos ocorridos nos primeiros 7 dias de vida, e mortalidade neonatal tardia, que inclui óbitos do 7º ao 27º dia de vida. Essa classificação é importante no contexto da saúde pública, uma vez que direciona a análise das condições de saúde materna e infantil, e, por conseguinte, a qualidade da assistência oferecida durante o pré-natal, parto e cuidados ao recém-nascido².

No ano de 2016, o Brasil registrou 20.176 óbitos durante o período neonatal precoce, correspondendo a 53,2% do total de óbitos infantis no país. A Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (TMNP) foi de 6,7 óbitos por cada mil nascidos. As principais causas desses decorreram de afecções ocorridas durante o período perinatal (58,0%), seguidas por malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (22,0%)³. Os fatores socioeconômicos, a disponibilidade de serviços e o acesso a assistência de qualidade, como a presença de atendimento pediátrico na sala de parto, podem estar intrinsecamente relacionados às causas de óbito neonatal precoce⁴.

As condições maternas também podem impactar a TMNP. Há uma disparidade nas taxas ao relacioná-las com os níveis de escolaridade e renda da mãe, bem como outras variáveis, incluindo idade e ocupação. Esses elementos podem influenciar a percepção da mãe em relação a questões de saúde, o que por sua vez pode retardar ou dificultar o acesso aos serviços disponíveis⁴.

No entanto, historicamente, houve iniciativas governamentais voltadas para o aprimoramento da assistência materno-infantil, através de pactos, políticas e programas. Essas ações públicas têm como objetivo promover mudanças nos diferentes níveis de cuidado à saúde, visando a redução da mortalidade infantil. Estas iniciativas abrangem diversas áreas estratégicas de atenção à criança, com especial ênfase na saúde como um eixo primordial de intervenção pública⁵.

Uma dessas iniciativas foi a criação, em 1984, do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) pelo Ministério da Saúde (MS). O programa oferece uma série de medidas abrangentes para promover, prevenir e recuperar a saúde de crianças de 0 a 5 anos. Outra iniciativa adotada no Brasil foi o Método Mãe-Canguru, que teve como finalidade proporcionar atenção humanizada aos recém-nascidos de baixo peso. O método teve sua primeira experiência realizada no

RECIMA21 - Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

Brasil em 1992, mas somente em 2000, após a divulgação da Portaria nº 693 do MS, ganhou maior visibilidade na sociedade e as orientações para sua implementação tornaram-se mais claras para os profissionais de saúde⁵.

Em 1990, o MS estabeleceu o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, que se fundamenta na Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e tem como objetivo efetuar um registro sistemático em todo o território nacional. A integração da DNV envolve uma combinação de variáveis que abrangem dados sobre a mãe, a gestação, o parto, o recém-nascido e a pessoa responsável pelo preenchimento⁶.

Soma-se às iniciativas governamentais, ainda, a criação da Triagem Neonatal, conhecida popularmente como “Teste do Pezinho”. O programa foi iniciado em 1976 e expandido em 2001 pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), que busca identificar doenças congênitas ou infecciosas assintomáticas, com foco em diagnóstico, tratamento e acompanhamento⁵. Além disso, a Rede Cegonha, implantada em 2011, aprimora o ciclo gravídico-puerperal e cuidados até 24 meses, garantindo acesso, acolhimento, atenção integral e logística. Com componentes de pré-natal, parto, puerpério e cuidados infantis, a Rede transforma a saúde materno-infantil⁷.

Dessa forma, observa-se que a implantação de políticas e programas focados na melhoria da saúde materna e infantil pode ter um impacto positivo na redução da mortalidade. No entanto, mesmo com a diminuição das taxas de mortalidade infantil, os níveis de morbimortalidade permanecem elevados nesse grupo etário^{2,5}.

Com isso faz-se necessária a avaliação do perfil epidemiológico dos óbitos neonatais para a possibilidade de ampliação dos conhecimentos relacionados à temática dada a carência de estudos nessa área no país. Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil epidemiológico da mortalidade neonatal no Distrito Federal, numa série histórica de 2008 a 2018, a fim de discernir tendências de aumento ou diminuição dos óbitos e suas características associadas.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal e descritivo, baseado em dados secundários que foram coletados a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)⁸ e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)⁹ no período de dez anos (2008 a 2018).

Foram analisadas as frequências absolutas das mortes neonatais por residência; as proporções de óbitos neonatais em relação ao total de mortes neonatais no ano e no período considerado; o coeficiente de mortalidade neonatal no ano e no período considerado; a mortalidade neonatal em relação ao peso ao nascer; tipo de parto; local de nascimento; sexo; escolaridade materna e faixa etária materna. Os dados foram organizados, armazenados e processados utilizando o *software* Excel (versão 10), por meio do qual foram calculadas frequências absolutas e relativas através de estatísticas descritivas.

Nos Estudos Ecológicos há comparações frente a eventualidade da doença/condição relativa à saúde e a exibição de interesses referente aos adjuntos de indivíduos (como por exemplo: populações de países, regiões ou municípios) para analisar se existe a possibilidade associativa entre

RECIMA21 - Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

ambas. Ações de agregados da exposição e da doença são relacionadas no estudo ecológico típico¹⁰.

Nesse tipo de estudo, as informações individuais sobre doença e exposição estão ausentes, porém, há uma abordagem informativa do grupo populacional como um todo. Uma vantagem desse método é a capacidade de explorar as relações entre exposição e doença/condição dentro da comunidade em sua totalidade. Isso é especialmente relevante, considerando que a soma das partes de um fenômeno pode diferir da expressão coletiva desse mesmo fenômeno¹⁰.

Uma Série Temporal, também conhecida como Série Histórica, é um conjunto de observações de uma variável organizada ao longo do tempo, registrada em intervalos regulares durante um período específico. Essa relação pode ser estabelecida através de observações periódicas de um evento relevante. A premissa fundamental das análises de séries temporais repousa na existência de um sistema causal relativamente constante, ligado ao tempo, que exerce influência sobre os eventos passados e pode continuar a ter impacto no futuro¹¹.

3 RESULTADOS

Em relação ao número de óbitos neonatais registrados no período de 2008 a 2018 no DF, estes são registrados nos sistemas por ocorrência e residência. Por ocorrência os óbitos são contados segundo o local de ocorrência do óbito, e por residência contados segundo o local de residência da mãe. Para o estudo foram escolhidos os óbitos por residência no DF (Tabela 1).

Tabela 1. Série histórica dos Registros de Óbitos Neonatais por Residência no Distrito Federal de 2008 a 2018

Ano do óbito	Número de óbitos	%
2008	349	8,5
2009	381	9,3
2010	408	9,9
2011	356	8,7
2012	370	9,0
2013	413	10,1
2014	379	9,2
2015	376	9,2
2016	338	8,2
2017	365	8,9
2018	350	8,5
Total	4085	100%

Fonte: DATASUS (2020)⁸

De acordo com os dados da Tabela 1, foi possível contabilizar um total de 4.085 óbitos neonatais no Distrito Federal no período de 2008 a 2018. O ano de 2013 registrou o maior número de óbitos (10,1%), seguido por um declínio gradual nos anos subsequentes até 2017, quando ocorreu um novo aumento, seguido por um declínio em 2018.

A Tabela 2 apresenta os coeficientes de óbitos neonatais para cada ano analisado. Ao comparar o primeiro e o último ano do estudo, a média do coeficiente de mortalidade não demonstrou variações significativas.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

Tabela 2. mortalidade neonatal, nascidos vivos e coeficiente de mortalidade neonatal de 2008-2018 no DF

ANO	NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS	NÚMERO DE MORTES NEONATAIS	COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL
2008	44.173	349	7,9
2009	43.932	381	8,6
2010	44.251	408	9,2
2011	43.465	356	8,1
2012	43.497	370	8,5
2013	44.530	413	9,2
2014	44.721	379	8,4
2015	46.122	376	8,1
2016	43.340	338	7,7
2017	44.568	365	8,1
2018	44.195	350	7,9

Fonte: DATASUS (2020)^{8,9}

Em 2013 nota-se o maior índice de coeficiente de mortalidade comparado com todos os anos de estudo (Tabela 2). Enquanto isso, em 2016 verifica-se o registro mais baixo do coeficiente e uma das taxas mais reduzidas no país¹². Quando comparado a 2016, uma correlação com o cenário nacional revela que a mortalidade neonatal nesse ano interrompeu décadas de declínio nas taxas de óbitos de bebês, com um coeficiente de mortalidade neonatal de 8,9/1.000 nascidos vivos no Brasil¹³.

No que se refere às variáveis maternas relacionadas aos óbitos neonatais (Tabela 3), em relação ao tipo de parto, pode-se observar que há um discreto aumento no número de óbitos neonatais pelo parto vaginal. Nota-se um incremento de 1,31% em comparação com a via cirúrgica, o que pode indicar a necessidade de melhoria nessa modalidade de assistência.

Referente aos anos de escolaridade materna, pode-se observar um maior número de óbitos neonatais em mães que possuíam 8 a 11 anos de estudo, com 39,4% do total de óbitos. Nesse caso, o menor número de óbitos neonatais encontra-se em mães que não possuíam nenhum ano de estudo, sendo assim, com 2,6% do total de óbitos.

Tabela 3. Número de óbitos neonatais por variáveis maternas no período de 2008-2018 no DF

VARIÁVEIS MATERNAS	ÓBITOS NEONATAIS (2008- 2018)	TOTAL % (N=4.085)
TIPO DE PARTO:		
Vaginal	1.993	48,7%
Cesáreo	1.937	47,4%
Ignorado	155	3,7%
ANOS DE ESTUDO MATERNO:		
Nenhum	110	2,6%
1 a 3 anos	119	2,9%
4 a 7 anos	794	19,4%
8 a 11 anos	1.613	39,4%
12 ou mais anos	994	24,3%
Ignorado	455	11,1%
FAIXA ETÁRIA MATERNA:		
10 a 19 anos	636	15,5%
20 a 29 anos	1.738	42,5%



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR

ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

30 a 39 anos	1.312	32,1%
40 a 49 anos	189	4,6%
50 a 54 anos	03	0,07%
Idade Ignorada	207	5,0%

Fonte: DATASUS (2020)⁸

Em relação às variáveis neonatais, estas estão apresentadas na Tabela 4. Analisando o peso ao nascer, nota-se que uma proporção significativa de óbitos ocorreu em neonatos com peso entre 500g e 1.499g, abrangendo 50,3% dos óbitos totais. Por outro lado, a menor incidência está associada a neonatos com peso igual ou superior a 4.000g, representando apenas 0,9% do total de óbitos.

Tabela 4. Número de óbitos neonatais por variáveis obstétricas no período de 2008-2018 no DF

VARIÁVEIS NEONATAIS	ÓBITOS NEONATAIS (2008-2018)	TOTAL % (N=4.085)
PESO AO NASCER:		
< de 500g	511	12,5%
500g a 1.499g	2.056	50,3%
1.500g a 2.999g	965	23,6%
3.000g a 3.999g	393	9,6%
4.000g e mais	37	0,9%
Ignorado	123	3,0%
LOCAL DE NASCIMENTO:		
Hospital	4.020	98,4%
Outro local de saúde	04	0,09%
Domicílio	41	1,0%
Via Pública	14	0,3%
Outro	05	0,1%
Ignorado	01	0,02%
MORTALIDADE NEONATAL SEGUNDO O SEXO:		
Masculino	2.262	55,37%
Feminino	1.817	44,4%

Fonte: DATASUS (2020)⁸

Quanto aos óbitos neonatais por gênero (Tabela 5), nota-se uma maior taxa de mortalidade entre os recém-nascidos do sexo masculino, representando 55,37% do total de óbitos.

Tabela 5. Número de nascidos vivos por sexo masculino e feminino no período de 2008 a 2018 no DF

ANO	SEXO MASCULINO	SEXO FEMININO
2008	26.558	25.217
2009	26.514	25.348
2010	27.185	25.888
2011	27.340	26.193
2012	27.326	26.020
2013	27.709	26.730
2014	28.922	27.730
2015	29.462	27.779



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

2016	27.810	26.576
2017	28.445	27.196
2018	28.197	27.205

Fonte: IBGE, SIDRA 2020⁹

4 DISCUSSÃO

No ano de 2013, no DF, observa-se um aumento do número de óbitos neonatais (Tabela 1). Segundo o boletim epidemiológico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), dois terços de todos os óbitos infantis em 2013 (73%) ocorreram no período neonatal. Destes, mais da metade (53%) foram até 6 dias de vida. Em relação às regiões administrativas do DF, o relatório aponta que Ceilândia apresentou o maior número de óbitos neonatais (23%), seguida de Samambaia (9,2%) e Taguatinga (6%), no referido ano¹⁴.

Tais dados podem indicar a necessidade de intensificar a assistência pré-natal, ao parto e aos recém-nascidos, considerando a diversidade das causas de mortalidade neonatal. Enquanto infecções são responsáveis por metade dos óbitos neonatais em países com altas taxas de mortalidade, a prematuridade e as malformações congênitas são as principais causas em nações com índices mais baixos¹⁵.

De acordo com a Tabela 2, a queda do coeficiente no DF, apesar do aumento do Brasil, pode estar relacionada a uma série de melhorias, destacando-se a evolução das políticas públicas para o declínio das desigualdades sociais, melhoria da assistência ao pré-natal, parto e nascimento.

Em relação a iniciativas governamentais adotadas no DF para redução das taxas, pode-se destacar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) que foi implantado na SESDF no ano de 1994. O programa tinha foco em ações de promoção, prevenção e assistência à saúde infantil, na redução da morbimortalidade, na promoção do acesso, da equidade e da integralidade. As ações básicas de saúde eram desenvolvidas nas 15 regionais de saúde, com destaque, para o incentivo ao aleitamento materno, o controle e a avaliação das infecções respiratórias agudas e das doenças diarreicas, incluindo a terapia de reidratação oral¹⁶.

Na década seguinte, foram incorporadas ações como a realização do Teste do Pezinho, o Projeto Canguru, a Estratégia Amamenta Brasil (EAB) e a vigilância ao óbito. A uniformidade de protocolos em todas as Unidades Básicas de Saúde foi priorizada, com monitoramento de indicadores de saúde, em um período em que a mortalidade infantil (que incorpora a mortalidade neonatal) no DF estava em 22,1 (ano 1994). Desde então, o coeficiente apresentou tendência de queda até 2016¹⁶.

O cuidado ao parto vaginal deve propiciar uma experiência positiva para a mulher, família e comunidade. Para prevenir complicações, é preciso considerar as necessidades individuais, valores culturais, crenças e expectativas, proporcionando assistência centrada na mulher, com explicação e estímulo aos procedimentos. Por outro lado, a cesariana, um recurso para situações de risco materno e fetal, foi excessivamente realizada desde os anos 1970 em vários países, divergindo das diretrizes da OMS que preconiza apenas 15% de partos cirúrgicos. No Brasil, notavelmente, quase metade dos partos são cesáreas, a maioria desnecessária¹⁷.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

Em suma, todo parto pode ser por via vaginal e natural (ou humanizado). O parto normal, sendo a opção mais segura e saudável para dar à luz, deve ser fomentado com assistência qualificada, humanizada e segura. As gestantes devem ter o direito de escolher o parto normal e receber orientações claras sobre as razões que podem limitar essa escolha¹⁷.

É relevante observar que há evidências do parto cesáreo com efeito protetor para os recém-nascidos pré-termos. Os partos cesáreos destacam-se como indicadores de fator de proteção para a diminuição do número de óbitos no período neonatal precoce, visto que, consideram a antecipação do nascimento com a indicação precisa de cesariana, um amenizador do risco de óbitos para esses recém-nascidos de risco devido ao perigo da espera do parto natural poder ultrapassar o da cesariana¹⁸.

Uma reflexão importante acerca do discreto aumento de partos apresentado pela via vaginal em comparação a cesariana (Tabela 3) refere-se a hipermedicalização da assistência ao parto normal, o uso abusivo de ocitocina e da episiotomia, entre outros, que tem sido relacionado a efeitos iatrogênicos e aumento da morbidade materna e infantil, como a prematuridade iatrogênica, infecções maternas, hemorragia, internação de bebês em UTI¹⁹.

Há uma lacuna entre as evidências científicas disponíveis desde 1985 e as atuais diretrizes de assistência ao parto normal do Ministério da Saúde, o que demanda mudanças no modelo de cuidado para promover a saúde e prevenir danos, fundamentado no princípio bioético da não maleficência, ou seja, evitar causar dano. É essencial avançar além da universalização do cuidado à saúde, concentrando-se na melhoria da segurança e qualidade da assistência. Ações abusivas ou desrespeitosas podem resultar em consequências adversas para a saúde do indivíduo, enfatizando a necessidade de uma abordagem mais abrangente e respeitosa²⁰.

Assim, necessita-se da busca pela mudança do modelo de atenção, enfatizando-se ao parto e nascimento para a mudança do cenário atual, com a qualificação da assistência realizada uma vez assegurado o acesso. Por meio da implantação da Rede Cegonha pelo Ministério da Saúde, ela propõe alterações no modelo de atenção ao parto e nascimento com o desempenho de equipes multiprofissionais, abarcando a enfermagem obstétrica, obstetriz, monitoramento de indicadores dos serviços com financiamento acoplado ao alcance de metas e, utilização de protocolos. O incentivo da implantação desse modelo, já está presente em outros países como no Canadá, Nova Zelândia, Reino Unido, Austrália, Japão e Holanda e vem sendo testado em nível local no Brasil, com uma significância elevada nos resultados perinatais, como o declínio dos óbitos evitáveis por asfixia intraparto¹⁹.

A equipe multidisciplinar deverá atuar de maneira corresponsável, desde a internação da gestante, para propiciar a utilização da tecnologia necessária (acompanhante de livre escolha, métodos de conforto da dor, doula, livre posicionamento, acolhimento imediato, entre outros), até a evolução fisiológica do processo parturitivo, com intervenções somente quando justificáveis, orientando-se pela utilização de protocolos. Refletiu-se também como marcadores assistenciais estudados, problemas referentes à organização do sistema de atenção perinatal, como a



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

peregrinação da gestante em busca de vaga hospitalar no momento do parto e o nascimento do recém-nascido de risco em local inapropriado¹⁹.

Uma demanda urgente é a pronta assistência às gestantes em trabalho de parto, exigindo uma resposta imediata dos serviços de saúde. É necessário que os recém-nascidos prematuros extremos sejam atendidos em hospitais de maior complexidade, o que pode ser determinante para sua sobrevivência. Isso evitaria a necessidade de transferência após o nascimento, o que, como destacado, acarreta vários riscos adicionais para o bebê¹⁹.

A elevada taxa de morbimortalidade está associada ao período neonatal, devido à alta fragilidade da vida do recém-nascido, requerendo assistência especializada nessa fase crítica. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) são responsáveis por oferecer a vigilância necessária, tratamentos e cuidados aos recém-nascidos pré-termo ou a termo, porém necessitando de atenção especializada²¹.

No Distrito Federal, os leitos neonatais estão distribuídos da seguinte maneira: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo), Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINca) e Alojamento Conjunto (ALCON)²².

A UTIN é designada para atender pacientes graves ou de risco que requerem cuidados médicos e de enfermagem contínuos, com equipamentos específicos, pessoal especializado e acesso a outras tecnologias para diagnóstico e tratamento. Essa assistência é dirigida a todos os recém-nascidos com insuficiência respiratória, insuficiência circulatória e problemas neurológicos²².

A UCIN também é destinada ao atendimento de pacientes em situação de risco que requerem assistência médica e de enfermagem contínuas, com equipamentos específicos, equipe especializada e acesso a outras tecnologias para diagnóstico e tratamento. Sua função inclui o acompanhamento de casos que não se enquadram nos critérios de admissão em UTI ou ALCON. Existem dois tipos de UCIN: a Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINca)²².

As UCINCo são serviços localizados em unidades hospitalares destinados a fornecer assistência a todos os recém-nascidos classificados como de médio risco e que necessitam de cuidados contínuos, embora de menor complexidade do que na UTIN. Essa assistência é oferecida aos recém-nascidos que ainda necessitam de observação e cuidados especiais após a alta da UTIN; recém-nascidos com desconforto respiratório ou apneia que não requerem assistência ventilatória mecânica, mas necessitam de monitorização constante e/ou suporte respiratório; recém-nascidos que precisam de acesso venoso para infusão contínua de glicose, eletrólitos e alimentação parenteral em transição; recém-nascidos com peso superior a 1250g e inferior a 2000g que precisam de observação nas primeiras 72 horas, entre outros²².

Por sua vez, as UCINca oferecem serviços destinados ao acolhimento de recém-nascidos que ainda requerem cuidados especiais de baixa complexidade, proporcionando acompanhamento contínuo com a mãe, mantendo-se juntos 24 horas por dia. Esses serviços são destinados aos recém-nascidos que, após receberem alta da UTIN ou UCINCo, ainda necessitem de observação,



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

mas possam permanecer junto à mãe; recém-nascidos com leve desconforto respiratório que não requerem assistência ventilatória mecânica; recém-nascidos em fototerapia com níveis próximos aos da exsanguineotransfusão; prematuros estáveis que permanecem internados para ganho de peso e/ou conclusão de tratamentos específicos; prematuros com icterícia; e outras patologias em que haja impedimento do RN prematuro de ficar no alojamento conjunto e que não se enquadrem nos leitos de UTIN ou Cuidados Intermediários Convencionais, entre outros²².

O Alojamento Conjunto (ALCON) é um sistema hospitalar em que o recém-nascido saudável permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, em um ambiente conjunto até receber alta hospitalar. Esse sistema proporciona todos os cuidados assistenciais necessários e também oferece aconselhamento à mãe sobre sua própria saúde e a do recém-nascido. Esse cuidado é oferecido aos recém-nascidos em tratamento para sífilis congênita, toxoplasmose ou outra patologia do RN, desde que estejam estáveis e necessitem de observação, beneficiando-se dos cuidados maternos em regime integral; recém-nascidos com icterícia neonatal, que não tenham níveis de bilirrubinas próximos aos da exsanguineotransfusão; recém-nascidos pequenos para a Idade Gestacional (PIG), estáveis e independentes do peso, com mais de 37 semanas, que não precisam de dieta enteral por gavagem²².

No que diz respeito aos anos de estudo das mães, quando comparamos as regiões Sudeste, Centro-Oeste (onde o DF está localizado) e Sul, todas elas mantiveram uma média de anos de estudo acima da média nacional, com valores respectivos de 10, 9,6 e 9,6 anos. Por outro lado, as Regiões Nordeste e Norte ficaram abaixo da média nacional, com valores de 8,7 anos e 7, 9 anos, respectivamente. É interessante notar que todas as regiões tiveram um aumento entre 2017 e 2018, variando entre 0,1 e 0,2 ano de estudo²³. O presente estudo contradiz algumas afirmações de outros autores que associam menor escolaridade materna a um maior risco de óbito neonatal, uma vez que no DF o nível de educação é mais elevado em comparação com a média nacional.

No que se refere à faixa etária das mães, é possível observar que a maior incidência de óbitos neonatais ocorre em mães com idades entre 20 e 29 anos, representando 42,54% do total de óbitos neonatais na década. Por outro lado, a menor taxa é registrada entre mães com idades entre 50 e 54 anos, contribuindo com apenas 0,07% do total de óbitos neonatais. Essa maior incidência de óbitos neonatais em mães com idades entre 20 e 29 anos (42,5%), seguida por mães entre 30 e 39 anos (32,1%)⁸, pode ser associada à idade da primeira gestação no Brasil, especialmente em regiões mais desenvolvidas como o DF. Nesses locais, a concentração da primeira gestação ocorre predominantemente nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos.

Isso indica que as próximas gestações dessas mulheres provavelmente ocorrerão ao longo dessas mesmas faixas etárias²⁴. Além disso, a faixa etária entre 15 e 49 anos, definida como idade fértil pela Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁵ contribui para uma maior possibilidade de nascimentos e, conseqüentemente, pode estar relacionada a um aumento nos óbitos neonatais nesses grupos.

Outro fator importante, é que os dados divulgados pelo IBGE na exposição do Censo 2010, mostram que a taxa de fecundidade da mulher brasileira caiu para 1,86 filho por mulher em 2010,



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

bem inferior à taxa de 2,38 filhos observada há 10 anos atrás. Mudanças sociais e econômicas estão deixando a árvore genealógica nacional cada vez mais enxuta, principalmente nos grandes centros urbanos, como no DF, com a taxa de 1,69²³

Além disso, ressalta-se como um fator que pode justificar o aumento desses óbitos neonatais nas faixas etárias mencionadas, um estudo conduzido pelo IBGE em 2010, que revela a predominância de mulheres entre 20 e 29 anos como a maior parcela da população feminina no DF, seguidas pelas faixas etárias de 30 a 39 anos²⁶. Outra pesquisa evidencia a quantidade de partos no DF de acordo com essas faixas etárias, indicando um maior número de partos entre mulheres de 20 a 29 anos (27.066), seguidas por mulheres de 30 a 39 anos (16.563)²³.

Dessa maneira, é possível inferir que a presença de uma significativa população feminina em idade fértil no DF, especialmente nas faixas etárias mencionadas, aumenta a probabilidade dessas mulheres engravidarem devido tanto à sua representatividade demográfica quanto à sua fecundidade. Esse cenário contribui para a elevação dos índices de óbitos neonatais nesses grupos, uma vez que a incidência de partos e, conseqüentemente, de recém-nascidos, é maior, podendo influenciar nos resultados observados.

O componente neonatal da mortalidade infantil está intimamente ligado à assistência durante o período gestacional, parto e cuidados com o recém-nascido, e é nesse contexto que falhas predominantes podem contribuir para o aumento da mortalidade fetal e neonatal precoce. Ações voltadas para a melhoria dessa assistência têm sido recomendadas como forma de reduzir os índices de mortalidade neonatal precoce¹⁸.

O peso ao nascer é um dos indicadores de maior impacto na saúde e sobrevivência infantil, uma vez que as evidências baseadas em dados epidemiológicos demonstram que o nascimento de crianças com peso abaixo do limite (<2.500g) está associado a um maior risco de mortalidade em comparação com aquelas que nascem com peso adequado²⁷.

Além disso, a avaliação do peso dos recém-nascidos também influencia indicadores na fase infantil, uma vez que crianças com baixo peso apresentam maior taxa de mortalidade nas primeiras semanas de vida. Essas taxas variam em diferentes regiões do mundo, com notáveis desvantagens para os países menos desenvolvidos, devido às condições socioeconômicas desfavoráveis, tornando esse aspecto um indicador avaliativo do nível de saúde da população¹⁸.

A relação entre mortalidade e peso ao nascer é inversamente proporcional, indicando que o risco de óbito diminui à medida que o peso aumenta. Recém-nascidos com muito baixo peso (<1.500g) têm um risco de óbito 30 vezes maior em comparação com os de peso 2.500g ou mais, enquanto os de extremo baixo peso (<1.000g) enfrentam um risco 4,8 vezes maior em relação aos nascidos entre 1.000g e 1.499g. Entre as principais causas do baixo peso ao nascer, a prematuridade e o crescimento intrauterino restrito se destacam. Essa condição também reflete a qualidade da assistência prestada à mãe durante a gestação e o parto. Aproximadamente, 8% do total de nascidos vivos apresenta baixo peso, o que contribui com mais da metade dos óbitos neonatais²⁷.

Nos últimos anos, o fenômeno da prematuridade tem ganhado terreno no Brasil, impulsionado tanto pela disseminação de técnicas de reprodução assistida quanto pela qualidade do



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

cuidado pré-natal e pelo aumento notório das intervenções cirúrgicas (cesarianas) para encerrar gestações. Destacam-se entre as causas do baixo peso ao nascer a prematuridade, e o crescimento intrauterino restrito. Além disso, entende-se que o baixo peso ao nascer é uma circunstância que reflete na qualidade da assistência fornecida a mãe ao decorrer da gestação e parto²⁷.

Existem evidências de que a mortalidade neonatal se relaciona à idade materna, visto que, os maiores riscos acontecem nos extremos de idade (adolescentes ou mulheres com idade igual ou superior a 35 anos), características reprodutivas, fatores vinculados a gestação e assistência ao pré-natal, como condições de nascimento, tipo de parto e baixa escolaridade materna. Cabe destacar que essas mortes entre os recém-nascidos de baixo peso, geralmente ocorrem por causas evitáveis, principalmente por adequada assistência a mulher na gestação, assim, enfatiza-se a importância do investimento na qualificação dos serviços de atendimento ao pré-natal fornecidos pelo SUS. Destacam-se, entre as causas do baixo peso ao nascer, a prematuridade e o crescimento intrauterino restrito²⁷.

Evidências sugerem que a mortalidade neonatal está vinculada à idade materna, com maiores riscos nos extremos de idade (adolescentes ou mulheres com 35 anos ou mais), características reprodutivas, fatores relacionados à gestação e atenção pré-natal, incluindo condições do nascimento, tipo de parto e baixa escolaridade da mãe. Cabe destacar que essas mortes entre os recém-nascidos de baixo peso, geralmente ocorrem por causas evitáveis, principalmente por adequada assistência à mulher na gestação, assim, enfatiza-se a importância do investimento na qualificação dos serviços de atendimento ao pré-natal fornecidos pelo SUS²⁷.

O estímulo à prática do aleitamento materno exclusivo é uma das medidas principais para RN de baixo peso, visto que o leite materno proporciona um aumento de peso apropriado e protege o neonato de complicações que ameaçam sua sobrevivência. Calcula-se que a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável pode resultar em reduções de até 13% e 6%, respectivamente, na ocorrência de óbitos em crianças menores de 5 anos em todo o mundo¹⁸.

A orientação às gestantes sobre uma alimentação saudável e balanceada, adequada às suas necessidades nutricionais e que assegure o crescimento e desenvolvimento adequados do feto, é de suma importância. Portanto, é essencial priorizar estratégias de educação nutricional e promoção da alimentação saudável, levando em consideração a cultura alimentar da gestante e/ou de sua família. A integração desses aspectos no processo deve ser uma escolha feita pelos profissionais de saúde¹⁸.

No Brasil, a taxa de prematuridade atingiu 11,8% em 2011, com o Distrito Federal e Minas Gerais liderando as estatísticas com as maiores taxas (13% e 12,7%, respectivamente). As regiões Sudeste (12,5%) e Sul (12%) registraram as taxas mais elevadas, enquanto as regiões Centro-Oeste (11,5%), Nordeste (10,9%) e Norte (10,8%) apresentaram taxas menores²⁸.

Frente a isso, em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, na Colômbia, os médicos Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez Gómez identificaram a necessidade de implementar e padronizar o cuidado aos recém-nascidos prematuros e de baixo peso com base em dados



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

epidemiológicos de mortalidade neonatal. Esse cenário resultou na criação do Método Canguru (MC)²⁸.

O método se baseia no posicionamento supino do neonato prematuro entre os seios maternos, promovendo o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido. O Brasil foi pioneiro na adoção desse método como política pública de saúde, integrando-o ao Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria 72/2000 e estabelecendo sua aplicação padronizada e sistematizada²⁸.

Esse contato pele a pele, com o bebê posicionado junto ao peito da mãe, fortalece o vínculo entre ambos, estimula o aleitamento materno e reduz a necessidade de intervenções tecnológicas. A implementação precoce do método entre o bebê e a mãe, ou outros familiares, requer uma equipe de saúde capacitada para fornecer os cuidados necessários²⁸.

É definido pela norma brasileira que o Método Canguru deve ser aplicado em três etapas diferentes. A primeira etapa inicia-se no pré-natal de alto risco, seguido da internação do RN na Unidade Neonatal. Nesse momento a mãe e a família devem ser informados sobre as condições da criança, enfatizando a importância do Método Canguru. A segunda etapa funcionará como o período de adaptação da mãe e do filho para a alta. O recém-nascido, posteriormente a estabilização das suas condições clínicas, é remanejado para a enfermaria canguru, onde estará acompanhado de sua mãe, que realizará pelo maior tempo possível o posicionamento canguru, assim, possibilitando uma maior comunicação entre mãe e bebê e aumentando o empedramento materno²⁸.

A terceira etapa inicia-se quando o RN recebe alta hospitalar e é marcada pelo acompanhamento do bebê e da família no ambulatório e/ou domicílio até alcançar o peso de 2.500g. Posteriormente ao alcance desse peso, o acompanhamento deverá seguir as normas do crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde. Nem todas essas etapas citadas acima são realizadas rotineiramente nos serviços de saúde públicos ou privados de assistência ao parto no Brasil, e são vividas pelas mães de formas distintas, desde a disseminação do MC no país²⁸.

Deverá ser executado pelo enfermeiro: a assistência humanizada e o planejamento apropriado do RN para a efetivação do método, administrar medicação, aferir os sinais vitais conforme a rotina do estabelecimento, orientar a puérpera sobre a amamentação, além de incentivá-la a realizar o contato precoce propiciando a formação do vínculo do binômio mãe-filho, originando-se um sentimento de confiabilidade da mãe com o profissional, de uma forma que irá favorecer na evolução do tratamento. Com isso, justifica-se a importância do Método Canguru em recém-nascidos com o propósito de fornecer a promoção do cuidado materno emancipatório, aumentando o vínculo mãe-filho, fornecendo um melhor controle térmico e resultando em diminuição do tempo de internação²⁸.

Alguns RN necessitam de assistência especializada devido suas condições clínicas, como prematuridade, malformações, infecções congênitas, asfixia perinatal, entre outras. Com isso, deve-se fornecer um ambiente adequado para esses recém-nascidos, com recursos tecnológicos e humanos apropriados, para assegurar o tratamento e restabelecimento necessário, pois o RN prematuro pode carecer de uma permanência hospitalar para sua adaptação no ambiente extrauterino de maneira independente²⁹.

RECIMA21 - Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

Nota-se que, com o desenvolvimento da tecnologia aplicada à assistência neonatal, ocorreu um aumento da sobrevivência de prematuros cada vez menores. O surgimento das modernas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) equipadas com tecnologia extremamente desenvolvida, é um marco na assistência ao RN de risco, auxiliando em sua sobrevivência e possuindo como o foco da assistência principalmente os aspectos biológicos²⁹.

A equipe de uma UTIN é composta por neonatologistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiro gerente, enfermeiro assistencial, auxiliar e técnico de enfermagem. Destaca-se, portanto, o profissional enfermeiro por lidar com situações emocionais difíceis, com a fragilidade de um RN extremo, insegurança por parte dos familiares, sentimentos de ansiedade e com a morte²⁹. Referente ao local de nascimento, pôde-se analisar que o maior índice de óbitos neonatais ocorre nos hospitais, ocupando 98,40% do total de óbitos. Já o menor índice encontra-se no local Ignorado, ocupando 0,02%.

A partir do século XVIII, progressivamente, os médicos começaram a ganhar espaço, sobretudo entre as elites. A nobreza foi lentamente, priorizando os médicos homens as parteiras tradicionais, com o argumento que da maternidade dependiam as futuras gerações. O assunto de interesse público passou a ser a reprodução, com a fala de que o cuidado às gestantes no estado que se encontravam, que determinariam como estado de vulnerabilidade, deveria ser executado pelos médicos³⁰.

A desarticulação das técnicas de assistência praticadas por médicos e religiosos, tanto no Brasil como em outros países, foi o que aguçou essa mudança de padrão. Os médicos começaram a se dirigir às mulheres objetivando se adiantar e responder suas necessidades, sugerindo se solidarizar. Aliás, eles juntaram o discurso de que o funcionamento do corpo poderia naturalmente, distanciar-se do caminho gerando algum problema, por isso existiria a necessidade de antecipação que seria possível por meio de procedimentos clínicos e cirúrgicos, esses deveriam ser realizados regularmente³⁰.

Por meio do desenvolvimento do bisturi, pinças, tesouras, fórceps, antibióticos e analgesia, houve a evolução científica no campo da medicina, as quais colaboraram na estabilização da ideia de que as mulheres estariam mais protegidas nos hospitais e sob conhecimento médico, essa ideia favoreceu na elevação da quantidade de partos executados nos hospitais³⁰.

A predileção pelo tipo de parto, normal (vaginal) ou cirúrgico (cesárea), é uma questão extremamente difícil e polêmica. Comumente, as mulheres procuram opiniões a respeito da melhor via de parto com a finalidade de verificar as vantagens e desvantagens vinculadas às probabilidades, buscando descobrir o que se adentra em suas perspectivas. Muitas vezes, a gestante nem mesmo é responsável pela sua escolha referente a via de parto, sendo informada apenas pela decisão médica³⁰.

A decisão pela via de parto percorre por variáveis aspectos como as potenciais complicações, os benefícios vinculados à mesma, possíveis consequências futuras dessa escolha e seus riscos. Entende-se que, apesar das propagações informativas estarem cada dia mais disponíveis, é imprescindível que as mulheres possam entender e usufruir dos dispositivos citados na Rede



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

Cegonha como informações que favorecem na humanização do parto, salientando-se o direito pela liberdade de escolha da via de parto, devendo-se respeitá-lo independente da opção³⁰.

A finalidade da assistência ao parto, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é assegurar mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de procedimentos intervencionistas, propiciando fornecer a segurança de ambos. Dessa forma, a OMS propõe que o profissional de saúde interfira no nascimento de uma criança apenas quando necessitar. Apesar dessa recomendação, ainda há uma elevação nos índices da operação cesariana em diversos países³⁰.

Referente a escolha da via de parto, há evidências de que a ausência de informações e de assistência durante o pré-natal levam a gestante a optar por uma cesariana. Parir pela via vaginal ainda causa muita insegurança nas mulheres, principalmente por temerem as consequências que podem surgir desta via de parto, como o aparecimento de incontinência fecal e urinária, distopias genitais, interferência na vida sexual como a perda do prazer devido às alterações ocorridas durante o parto, deformação do corpo, tais consequências com pequenas incidências, mas que refletem na mulher sentimentos como medo e angústia ao optar pela via de parto³⁰.

A minimização da confiança na capacidade da mulher em ser a protagonista para a escolha da via de parto, é também justificada pelo despreparo das mulheres para o parto vaginal. Estes medos podem ser aumentados pela ausência de conhecimento, falta de rede de apoio, pela influência midiática, ou mesmo pela falta de diálogo com os profissionais da saúde que as acompanham no pré-natal. Nesse aspecto, é recomendado uma maior aproximação entre o profissional e a paciente, com intuito de propiciar informações que diminuam a ansiedade e a insegurança dessas mães ao decorrer da atenção ao pré-natal³⁰.

Sabe-se que as elevadas taxas de cesariana no Brasil refletem tanto nos fatores socioculturais e da prática obstétrica, como nos aspectos financeiros, legais e institucionais, gerando a conhecida “cultura de cesariana no Brasil”. Um dos primordiais fatores vinculados as elevadas taxas de cesárea, é a fonte de financiamento público ou privado. O maior número de cesáreas nos serviços privados, pode ser devido à falta de tempo, pela remuneração ou pela conveniência médica, pois os médicos que atendem no sistema privado tendem a ser melhor remunerados³⁰.

As mulheres que têm acesso aos planos de saúde e conseqüentemente à assistência médica privada no Brasil, dispõe de uma relação mínima com o profissional obstetra, o que teoricamente propiciaria a operação cesariana. Já aquelas assistidas pelo sistema público têm pouca escolha referente a via de parto ou forma de atendimento que querem³⁰.

De acordo com a Tabela 5, a relação entre o aumento de óbitos neonatais em meninos pode ser explicada pelo fato de que há uma proporção maior de nascimentos de bebês do sexo masculino no Distrito Federal. De acordo com dados do IBGE, essa tendência de maior natalidade masculina prevaleceu ao longo dos anos de 2008 a 2018.

5 CONSIDERAÇÕES

O presente estudo analisou as variáveis maternas, incluindo o tipo de parto, anos de estudo e faixa etária, bem como as variáveis neonatais, como peso ao nascer, local de nascimento e sexo.

RECIMA21 - Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

Esses fatores exerceram influência nas taxas de mortalidade neonatal no Distrito Federal durante o período de 2008 a 2018.

Muitos desses fatores podem ser evitados por meio de uma assistência adequada e intervenções dentro das competências dos serviços de saúde. Isso destaca a importância não apenas dos profissionais, mas também dos gestores, em avaliar a qualidade da assistência prestada no pré-natal e parto, bem como o atendimento oferecido aos recém-nascidos, abrangendo aspectos de humanização para a mãe e o bebê, conhecimento técnico-científico, organização dos leitos neonatais e disponibilidade de equipamentos tecnológicos para garantir assistência adequada às necessidades individuais.

Sendo assim, nota-se a relevância dos investimentos na qualificação dos serviços fornecidos pelo SUS, primordiais para o declínio dos óbitos neonatais no Distrito Federal. Além disso, a implementação eficaz de iniciativas governamentais voltadas para a melhoria da assistência materno-infantil, como políticas, programas e pactos, desempenha um papel fundamental nesse cenário.

REFERÊNCIAS

1. Brasil TB, Pinto FJM, Sampaio RMM, Viana RAA, Lima KJ, Camelo IM, Maia AMPC. Fatores associados à mortalidade neonatal com ênfase no componente da atenção hospitalar ao recém-nascido. *Arq Catarin Med* [periódicos online]. 2018 jun [acesso em 19 mar 2020];47(2). Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/280>.
2. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Mortalidade neonatal: análise das causas evitáveis. *Rev Enferm UERJ*. 2015 Mar;23(2):247-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.5794>.
3. Migoto MT, Oliveira RP de, Silva AMR, Freire MH de S. Early neonatal mortality and risk factors: a case-control study in Paraná State. *Rev Bras Enferm*. 2018 Set;71(5):2527-34 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/4DXjc7dDLbdfBwtmJdpPFPP/abstract/?lang=en>
4. Campos D, Loschi RH, França E. Mortalidade neonatal precoce hospitalar em Minas Gerais: associação com variáveis assistenciais e a questão da subnotificação. *Rev Bras Epidemiol*. 2007 Jun;10(2):223-38. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/f7z7hF9StWH5BksLq9dNHxN/?lang=pt>
5. Moreira LMC, Alves CRL, Belisário SA, Bueno MC. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. *Rev Med Minas Gerais* [periódico online]. 2012 [acesso em 10 abr 2020];22(Supl 7). Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/644>.
6. Muniz EB, Vasconcelos BB, Pereira NA, Frota RG, Moraes CEB, Oliveira MAS. Análise do boletim de Apgar em dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos registrados em um hospital do interior do estado do Ceará, Brasil. *Rev Med Saude Brasilia* [periódicos na Internet]. 2016 Mai [acesso em 30 abr 2020]; 5(2):182-91. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6677>.
7. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014 Fev;36(2):56-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003>.
8. Ministério da Saúde [homepage na internet]. SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade [acesso em 30 abr 2020]. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

9. Ministério da Saúde [homepage na internet]. SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos [acesso em 30 abr 2020]. Disponível em: <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>.
10. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saud.* 2003 Dez;12(4):189-201. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>
11. Latorre MRDO, Cardoso MRA. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. *Rev Bras Epidemiol.* 2001 Nov;4(3):145-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2001000300002>
12. Secretaria de Estado de Saúde do DF [homepage na internet]. Relatório epidemiológico sobre mortalidade infantil distrito federal, 2016 [acesso em 30 abr 2020]. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/880227/Relatorio_Mortalidade_Infantil_2016.pdf/e8b1e863-e91a-2aa6-b8a2-76d674f9734a?t=1650243963751#:~:text=Em%202016%20ocorreram%20447%20%C3%B3bitos,1%25\)%20do%20sexo%20feminino.](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/880227/Relatorio_Mortalidade_Infantil_2016.pdf/e8b1e863-e91a-2aa6-b8a2-76d674f9734a?t=1650243963751#:~:text=Em%202016%20ocorreram%20447%20%C3%B3bitos,1%25)%20do%20sexo%20feminino.)
13. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Boletim Epidemiológico 37: mortalidade infantil no Brasil [acesso em 01 mai 2020]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf
14. Secretaria de Estado de Saúde do DF [homepage na internet]. Relatório epidemiológico sobre mortalidade infantil distrito federal, 2013 [acesso em 30 abr 2020]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/880227/relatorio_epidemiologico_sobre_mortalidade_infantil_2013_final.pdf/fbbebe09-4dfd-ec62-e3a8-624449926afe?t=1650243960062.
15. Teixeira JAM, Araujo WRM, Maranhão AGK, Cortez-Escalante JJ, Rezende LFM, Matijasevich A. Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito e evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileira, entre 2010 e 2015. *Epidemiol Serv Saúd.* 2019;28(1):e2018132. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100006>.
16. Souza RR, Vieira MG, Lima CJF. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2019 Jun;24(6):2075–84. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.09512019>.
17. Arik RM. Decisão pelo tipo de parto: estratégia educativa para a promoção do parto vaginal. Botucatu. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2017.
18. McFarland LV, Raskin M, Daling JR, Benedetti TJ. Erb/Duchenne's palsy: a consequence of fetal macrosomia and method of delivery. *Obstetrics & Gynecology* [periódicos na Internet]. 1986 Dec [acesso em 02 maio 2020];68(6):784-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3785790/>.
19. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, Frias PG et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Públ.* 2014 Ago;30:(S30):192-207. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>
20. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciênc Saúd Col.* 2019 Ago;24(8):2811-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
21. Bezerra Segundo WG, Barros RMO, Camelo NMM, Martins AEBV, Ramos HDN, Almeida CVB. A importância das unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) para o recém-nascidos prematuros. *Rev. Ciênc. Saúd Nov Esperan.* 2018 Out;16(2):85-90. DOI: [10.17695/issn.2317-7160.v16n2a2018p85-90](https://doi.org/10.17695/issn.2317-7160.v16n2a2018p85-90)



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE NEONATAL: SÉRIE HISTÓRICA 2008- 2018, DISTRITO FEDERAL
Bruna Carolina Neves Ferreira, Gabrielle Rodrigues Nunes

22. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Portaria SES-DF Nº 29 de 1º de março de 2016 publicada no DODF Nº 42 de 03 de março de 2016. Brasília, DF: 2016.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo 2010: País tem declínio de fecundidade e migração e aumentos na escolarização, ocupação e posse de bens duráveis [acesso em 01 maio 2020]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14123-asi-censo-2010-pais-tem-declinio-de-fecundidade-e-migracao-e-aumentos-na-escolarizacao-ocupacao-e-posse-de-bens-duraveis>.
24. Flores TR, Nunes BP, Neves RG, Wendt AT, Costa C dos S, Wehrmeister FC, et al. Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Cad Saúde Públ. 2017 Nov;33(11):e00068816. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068816>
25. Ministério da Saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Sistema IBGE de Recuperação Automática- SIDRA [acesso em 12 nov 2020]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2680>
27. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Esc Enferm USP 2014 Out;48(5):778–86. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000002>
28. Santos MKR, Veras MC. A utilização do Método Canguru nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Artigo [Bacharelado em Enfermagem] – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos; 2019.
29. Ribeiro JF, Silva LLC, Santos IL, Luz VLES, Coêlho DMM. O prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: a assistência do enfermeiro. Rev Enferm UFPE Onl. 2016 Out;10(10):3833-41. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i10a11450p3833-3841-2016>
30. Leite CABB. Parto no Distrito Federal: uma revisão bibliográfica entre 2004 a 2014. Brasília. Monografia [Bacharel em Saúde Coletiva] – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia; 2017.