



REVISIONES

Morbidade e mortalidade entre recém-nascidos de risco: uma revisão bibliográfica

Morbilidad y mortalidad entre recién nacidos de riesgo: una revisión bibliográfica

Morbidity and mortality among the high-risk newborns: a bibliography review

***Faria, Cleberon de Souza **Martins, Christine Baccarat de Godoy**

*****Lima, Fernanda Cristina Aguiar **Gaíva, Maria Aparecida Munhoz**

*Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Bolsista de iniciação científica PIBIC – CNPq. **Pós-Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT. E-mail: leocris2001@terra.com.br ***Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil.

Palavras chave: morbidade; mortalidade neonatal; prematuro; recém-nascido de baixo peso; fatores de risco

Palabras clave: morbilidad; mortalidad neonatal; prematuro; recién-nacido de bajo peso; factores de riesgo

Keywords: morbidity; neonatal mortality; premature; low weight newborn; risk factors.

RESUMO

Frente às necessidades de atenção à saúde dos recém-nascidos de risco, este estudo apresenta uma revisão bibliográfica acerca da morbimortalidade neste grupo. A busca nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO, considerando os anos de 2005 a 2010 e os idiomas português, inglês e espanhol. A análise do conteúdo permitiu organizar o conhecimento a respeito do tema nas seguintes categorias de análise: dados epidemiológicos; fatores associados (de risco e de proteção); a evitabilidade do óbito, a importância da prevenção e vigilância; os serviços de atenção ao recém-nascido de risco no Brasil. Observou-se que, no Brasil, ainda há desafios no que se refere à redução da morbimortalidade entre os recém-nascidos de risco, uma vez que o período neonatal constitui-se um dos principais indicadores de saúde do país, o que demanda atenção dos profissionais e gestores da saúde, com necessidade de elaboração de políticas específicas para o grupo em questão.

RESUMEN

Ante las necesidades de atención a la salud de los recién nacidos de riesgo, este estudio presenta una revisión bibliográfica sobre la morbimortalidad en este grupo, según las bases de datos LILACS, MEDLINE y SCIELO, en portugués, inglés y español, entre los años 2005 y 2010. El análisis del

contenido permitió organizar el conocimiento en torno al tema en las siguientes categorías: datos epidemiológicos; factores asociados (de riesgo y de protección); evitabilidad del óbito, la importancia de prevención y vigilancia; los servicios de atención al recién nacido de riesgo en Brasil. Se observó que todavía existen desafíos respecto a la reducción de la morbimortalidad entre los recién nacidos de riesgo, dado que el período neonatal constituye uno de los principales indicadores de salud del país, lo que exige la atención de los profesionales y gestores de salud, para la elaboración de políticas específicas.

ABSTRACT

Against to the requirements of attention to the health of high-risk newborns , this study presents a review of the published literature on the morbidity and mortality in this group. A search was carried out in the databases LILACS, MEDLINE and SCIELO in the period between 2005 and 2010, publications in English, Spanish and Portuguese were selected. The content analysis enabled us to organize the knowledge into a categories of analysis: epidemiological data; associated factors (risk and protection); evitability of death, the importance of prevention and monitoring; the services of attention to the high-risk newborns in Brazil. We observed that in Brazil, there are challenges about the reduction in morbidity and mortality among the high-risk newborns, since the neonatal period is one of the main child health indicators, which demand attention of professionals and managers of health, the necessity of the establishment of specific policies for the group in question.

INTRODUÇÃO

Devido à vulnerabilidade da faixa etária de menores de um ano, a mortalidade infantil é considerada um importante indicador para avaliar a situação de saúde de uma população e a qualidade das ações de saúde ⁽¹⁻²⁾.

Apesar de ter ocorrido uma importante redução da mortalidade infantil nos últimos anos no nosso país, principalmente com a redução da mortalidade pós-neonatal (28 dias a 364 dias de vida), os índices ainda são elevados, considerando-se que houve uma estagnação na mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida)⁽³⁻⁴⁾. Neste contexto, destacam-se os recém-nascidos (RN) de risco, grupo considerado vulnerável por sua alta mortalidade, principalmente na primeira semana de vida. A mortalidade na primeira semana de vida é o componente da mortalidade infantil de mais difícil redução, pois é resultado tanto de condições adversas da mãe quanto do recém-nascido, contribuindo para o aumento do risco de morte e para a necessidade de maior complexidade da atenção hospitalar. Muitos autores apontam o baixo peso ao nascer e prematuridade como os principais preditores de mortalidade neonatal^(1,4-6).

Estudos ressaltam que estas causas, na maioria das vezes evitáveis, decorrem de uma combinação de fatores biológicos e ambientais, sócio-econômicos, culturais e de falhas do sistema de saúde ou falta de acesso, nos quais as intervenções dirigidas à sua redução dependem, diretamente, de melhores condições de vida da população, assim como políticas públicas de saúde voltadas para seus determinantes^(1,3,7-9).

Tão importante quanto a mortalidade, a morbidade no grupo de RN de risco também se torna relevante, uma vez que pode levar à morte em decorrência da maior vulnerabilidade deste grupo, principalmente nos casos de infecções respiratórias agudas e afecções perinatais⁽¹⁰⁾.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), devem ser considerados neonatos de risco os que apresentarem pelo menos um dos critérios seguintes, tais como: residência em área de risco, peso ao nascer menor que 2.500 gramas, neonato com menos de 37 semanas de gestação, asfixia grave (Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida),

hospitalização ou intercorrência na maternidade ou na unidade de assistência ao RN, necessidade de orientação especial na alta da maternidade ou da unidade de RN, filho de mãe adolescente (menor de 18 anos), mãe com baixa instrução (menos de 8 anos de estudo) e história de morte de criança menor de 5 anos na família⁽⁸⁾.

Frente ao impacto da morbimortalidade entre RN de risco e à importância dos profissionais estarem atentos para a questão, o presente estudo objetivou apresentar uma revisão bibliográfica sobre a mortalidade e morbidade no grupo em questão. A importância de realização deste trabalho fundamenta-se na possibilidade de proporcionar uma visão global quanto à problemática abordada, fornecendo subsídios teóricos sobre o tema.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica acerca da morbimortalidade em RN de risco, mediante busca em base de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO, usando os descritores DESCs: mortalidade infantil, mortalidade neonatal, morbidade infantil, morbidade, recém-nascido de baixo peso, doenças do prematuro, prematuro, nascimento prematuro, recém-nascido prematuro, fatores de risco.

A coleta de dados se deu de fevereiro a abril de 2011. Buscou-se publicações no período de 2005 a 2010, com a seleção de artigos completos, manuais do Ministério da Saúde, teses e dissertações disponíveis on-line gratuitamente, considerando os idiomas português, inglês e espanhol. A escolha de produções dos últimos 05 (cinco) se justifica no fato de serem mais as atualizadas disponíveis sobre o tema.

As publicações foram analisadas segundo a instituição dos autores, se publicação nacional ou internacional, o ano de publicação, o tipo de publicação (artigos completos, teses, dissertações, manuais, relatórios) e a área de conhecimento em que foi publicado.

Os resultados foram interpretados, primeiramente, por medida quantitativa (frequência relativa e absoluta) e, posteriormente, a análise do conteúdo permitiu organizar o conhecimento a respeito do tema através de categorias de análise.

RESULTADOS

Foram encontrados 49 trabalhos referentes à morbimortalidade em RN de risco, 47 nacionais (96,0%) e 2 internacionais (4,0%) (tabela 1), sendo 38 artigos completos (77,5%), 03 manuais (6,1%), 01 documento publicado pelo Ministério da Saúde (2,0%), 01 documento eletrônico (palestra por videotransferência em formato pdf) (2,0%), 01 Portaria do Ministério da Saúde (2,0%), 03 dissertações (6,1%) e 02 teses (4,1%). Entre os manuais, 2 deles (do Ministério da Saúde) foram publicados em 2003 e 2004, assim como um documento publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, que foram incluídos na pesquisa devido à sua importância para o estudo.

Em relação ao vínculo do autor, 39 (79,6%) estudos foram desenvolvidos em instituições de ensino superior, 05 (10,2%) em órgão oficial (Ministério da Saúde), 02 (4,1%) em serviços de saúde e 03 (6,1%) pela Fundação Oswaldo Cruz (tabela 1).

O período de publicação dos artigos com maior frequência foi no ano de 2005 (22,4%), seguido pelos anos de 2007 (18,4%), 2008 (16,3%), 2010 (14,3%), 2009 (12,2%), 2006 (10,2%), 2004 (4,0%) e 2003 (2,0%) (tabela 1).

Entre os artigos publicados, 32,6% foram publicados em periódicos de Saúde Pública, 38,8% na área da Medicina, 8,2% em periódicos da Enfermagem, 8,2% na área da Epidemiologia, 2,0% na área Social e Econômica, e 10,2% na área da saúde (Ministério da Saúde) (tabela 1).

Nacionalidade	n°	%
Nacional	47	96,0
Internacional	02	4,0
Total	49	100,0
Instituição de vinculação dos autores	n°	%
Ensino superior	39	79,6
Serviço de Saúde	02	4,1
Órgão oficial	05	10,2
Fundação Oswaldo Cruz	03	6,1
Total	49	100,0
Ano de publicação	n°	%
2003	01	2,0
2004	02	4,0
2005	11	22,4
2006	05	10,2
2007	09	18,4
2008	08	16,3
2009	06	12,2
2010	07	14,3
Total	49	100,0
Área de conhecimento	n°	%
Saúde Pública	16	32,6
Medicina	19	38,8
Enfermagem	04	8,2
Epidemiologia	04	8,2
Social e Econômica	01	2,0
Área da saúde (Ministério da Saúde)	05	10,2
Total	49	100,0

Tabela 1 - Distribuição das publicações segundo a nacionalidade, instituição de vinculação dos autores, ano de publicação e área de conhecimento. Cuiabá, 2011.

DISCUSSÃO

A análise do conteúdo possibilitou organizar o conhecimento produzido segundo as seguintes categorias: dados epidemiológicos; fatores associados (de risco e de proteção); a evitabilidade do óbito, a importância da prevenção e vigilância; os serviços de atenção ao RN de risco no Brasil.

Dados Epidemiológicos

Nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando uma importante redução na taxa de mortalidade infantil, passando de 47,1/1000 nascidos vivos em 1990 para 19,3/1000 em 2007, principalmente com a redução do período pós-neonatal, enquanto o período neonatal apesar de ter ocorrido pequena queda, manteve sua taxa elevada^(1,3).

Neste contexto, a mortalidade neonatal se tornou o principal componente da mortalidade infantil no início dos anos 90, representando de 60% a 70% dos óbitos em menores de 1 ano no Brasil e cerca de 75% no mundo^(1-3,5,11), sendo que a necessidade de investimentos tecnológicos mais avançados, incluindo o acesso ao serviço de maior complexidade, no caso as unidades neonatais de terapia intensiva, contribuem para a persistência desse elevado índice⁽¹²⁻¹³⁾.

Dados do DATASUS mostram que no ano de 2007, no Brasil, a mortalidade neonatal foi de 13,6 por 1.000 nascidos vivos. Quando comparado este dado com a taxa de outros países, como Chile (5/1000), Canadá (3/1000), Cuba (4/1000) e França (2/1000), percebe-se que a taxa de mortalidade neonatal no Brasil permanece elevada^(3,14).

Quanto às causas desses óbitos, as afecções perinatais correspondem a 80% dos óbitos neonatais, destacando-se a prematuridade e suas complicações (como o desconforto respiratório do recém-nascido ou doença da membrana hialina)⁽³⁾.

Para alguns autores, além das afecções perinatais e a prematuridade, a asfixia intrauterina e a intraparto e o baixo peso ao nascer constituem as principais causas de óbitos neonatais⁽¹²⁾.

Em estudo realizado por Duarte e Mendonça (2005a), em 4 maternidades do Rio de Janeiro, em 2005, com 507 RN de risco, identificou-se como principais causas de mortes nos primeiros seis dias, em ordem de freqüência, a doença da membrana hialina, a sepse, a hemorragia pulmonar, a asfixia perinatal, pneumotórax e a pneumonia congênita; enquanto que no período entre 7 e 27 dias de vida a causa de óbito mais freqüente foi a sepse, seguido pela pneumonia congênita.

Os dados epidemiológicos mostram que há muito o que se avançar quanto à redução da morbimortalidade dos RN de risco. O atual contexto reflete a relevância de uma maior atenção para a promoção de saúde do grupo em questão, necessitando de investimentos e/ou estratégias que diminuam o impacto negativo na saúde pública, alcançando desta forma índices cada vez menores de morbimortalidade, caminhando em busca de patamares semelhantes aos dos países desenvolvidos.

Fatores Associados de risco e de proteção

A literatura aponta alguns fatores como determinantes para a morbimortalidade neonatal, como os relacionados ao nível sócio-econômico, ao recém-nascido, à história reprodutiva/obstétrica materna e à disponibilidade e qualidade da atenção perinatal^(2,9).

Um estudo⁽¹⁵⁾ identificou entre as características socioeconômicas, tais como a escolaridade do chefe da família, o número de cômodos e a localização do domicílio como fatores de risco associados negativamente à mortalidade neonatal precoce,

associados à baixa renda familiar⁽⁹⁾. Possivelmente, estes fatores se explicam em função das más condições de habitação que tornam o RN mais vulnerável aos agravos de saúde. Pesquisas apontam o local de residência como fator de risco relacionado à morbimortalidade neonatal, pois a localização da moradia pode estar associada à questão do acesso aos serviços de saúde, uma vez que, levando-se em consideração a estrutura de atendimento, localização e qualidade dos serviços, o acesso aos bens e serviços de saúde é restrito, como relata pesquisa⁽¹⁶⁾ em que 52% da população pesquisada residiam em zona rural e/ou periferia.

Estudo revela características psicossociais maternas associadas aos óbitos neonatais, tais como mãe adolescente e presença de violência doméstica, e ainda observaram que, entre os fatores biológicos e de história reprodutiva materna, destacam-se as intercorrências durante a gravidez, adequação de pré-natal, tabagismo na gestação e nascimento prévio de baixo peso aos óbitos neonatais. O mesmo trabalho também apresenta pré-natal ausente ou inadequado como fator de risco associado à mortalidade neonatal precoce⁽¹⁵⁾.

Autores apontam que o peso ao nascer é, isoladamente, o principal fator de risco associado à morbimortalidade neonatal. A prematuridade, idade materna, gravidez na adolescência, desnutrição intrauterina e deficiência na assistência pré-natal são considerados fatores de risco para o baixo peso ao nascer com conseqüente aumento na morbimortalidade neonatal, numa relação inversamente proporcional, ou seja, o risco de morte entre RNs de risco aumenta à medida que o peso ao nascimento diminui⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Quanto à prematuridade, os principais fatores de risco associado ao baixo peso e também à morbimortalidade neonatal são: a idade materna jovem ou avançada, educação e nível socioeconômico da mãe, tabagismo, múltiplas gestações, metrorragia nos 2º e 3º trimestre, infecções maternas, oligodrâmnios/polidrâmnios e patologias da mãe como diabetes e hipertensão⁽¹⁹⁾.

Destacam-se também os RNs de muito baixo peso, pois além de representarem metade do número de mortes no período neonatal, chegam a apresentar um risco de óbito 200 vezes maior em relação ao RN com peso maior que 2.500 gramas^(2,20).

Entre os fatores de proteção, o uso de corticosteróide antenatal (medicamento à base de corticóide que acelera a maturação do pulmão, acelerando o desenvolvimento alveolar e estimulando a secreção de surfactante) mostrou-se como um dos mais importantes contra a morbidade e mortalidade neonatal, pois se trata de um procedimento profilático contra o problema respiratório, principalmente no que se refere à membrana hialina, sendo menos oneroso e de mais fácil utilização, apresentando resultados melhores do que o uso da oxigenoterapia com respiradores artificiais e surfactante pulmonar^(9,21).

No entanto, autores chamam a atenção quanto ao uso dos corticosteróides, pois estes devem ser evitados após o nascimento, optando-se pelo surfactante, pois o uso contínuo dos corticóides pode causar complicações tais como perfuração gastrointestinal, hipertensão, hiperglicemia, sepse, déficit no crescimento e alterações no desenvolvimento neurológico⁽¹⁹⁾.

Além do uso de corticosteróide antenatal, ter uma assistência pré-natal adequada e ser primigesta, mostraram-se como fatores associados à diminuição da mortalidade

neonatal, pois influenciam positivamente para a maturidade, ganho de peso e desenvolvimento intraútero saudável do RN de risco^(9,15).

Outro aspecto importante para a proteção dos RNs de risco, no que se refere à morbimortalidade, é a escolaridade materna. A maior escolaridade na educação feminina associada às medidas de prevenção e promoção da saúde permite maior acesso às informações de saúde^(16,18).

Desta maneira, a educação e a formação informal, através da qual se pode realizar promoção de conhecimentos e práticas de saúde, aliadas à escola e a outras instituições, promovem a busca de transformações sociais⁽¹⁶⁾. Neste sentido, o conhecimento materno pode influenciar tanto na escolha de métodos anticoncepcionais como no próprio planejamento familiar, e, além disso, a maior escolaridade contribui para a formação de uma consciência preventiva em relação à saúde e doença, desde a higiene pessoal até cuidados com a própria gestação, sendo considerada como um relevante fator tanto para a saúde materna como para a infantil, principalmente dos RN de risco⁽¹⁸⁾.

A evitabilidade do óbito, a importância da prevenção e vigilância

Algumas causas de óbito no período neonatal são consideradas evitáveis por meio de diagnóstico e intervenção precoces e outras, ainda, são consideradas reduzíveis a partir do adequado acompanhamento da gestação e do parto⁽⁷⁾.

O Ministério da Saúde (MS) propôs uma lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS, reduzíveis por ações de imunoprevenção, atenção à mulher na gestação e no parto, atenção ao recém-nascido, ações de diagnóstico, tratamento, promoção e atenção à saúde⁽³⁾.

Levando-se em consideração a lista proposta pelo MS, observamos que os principais fatores de risco associados à morbimortalidade dos RNs de risco, de fato poderiam ser evitados por ações de prevenção e promoção à saúde, ou seja, esses óbitos neonatais poderiam ser evitados ou reduzidos se garantido o acesso adequado aos serviços de saúde e às medidas sanitárias de boa qualidade⁽⁷⁾.

Desta forma, pode-se afirmar que a evitabilidade do óbito neonatal está relacionada mais às condições de assistência ao pré-natal e ao parto do que à existência de sofisticada tecnologia de terapia intensiva⁽⁷⁾.

Há que se considerar, porém, que a atenção terciária, ou seja, as Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN) são coadjuvantes importantes nos cuidados prestados aos neonatos de risco, pois dispõe de tecnologias avançadas, proporcionando diferentes modalidades de ventilação mecânica, monitorização e cirurgia neonatal que garantem a sobrevivência do grupo em questão⁽¹⁹⁾.

Neste contexto o direcionamento das políticas de saúde para a redução de óbitos no período neonatal e neonatal precoce tem resultado na implantação e aumento da oferta de UTIN⁽¹¹⁾. Nos últimos anos, houve um aumento no número de leitos intermediários e de terapia intensiva neonatal no setor público, principalmente nas regiões metropolitanas do Sul e Sudeste⁽¹¹⁾. Essa mudança já foi observada no município do Rio de Janeiro, que incorporou maternidades estaduais e federais, aumentando o número de leitos hospitalares para gestantes e recém-nascidos de alto

risco. Para isto, foi necessário aumento de recursos materiais, bem como o uso de novas tecnologias para tratamento, tanto das gestantes quanto dos recém-nascidos de risco, além do treinamento de recursos humanos⁽²⁾.

A implantação de unidades de tratamento intensivo proporciona a sobrevivência de recém-nascidos cada vez mais prematuros e de baixo peso, porém, mesmo com cuidados específicos, ainda se verifica grande proporção de óbitos neste grupo⁽¹¹⁾.

Diante do panorama nacional de se buscar estratégias que possibilitem a prevenção e redução dos óbitos infantis, principalmente no período neonatal, há que se destacar a criação dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal⁽³⁾.

A implantação desses comitês no Brasil teve as primeiras iniciativas em meados da década de 90, no entanto, esta estratégia só vem se tornando realidade após a criação do Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, elaborado em 2004, que serve de referência para estruturação dos comitês, fornecendo subsídios e orientações para o seu funcionamento e para a vigilância dos óbitos, bem como disponibilizando modelos atualizados de formulários de investigação e análise⁽³⁾.

Com a elaboração desse manual foi possível sistematizar as experiências de vigilância ao óbito infantil e fetal, mobilizando assim a participação e comprometimento dos gestores e profissionais de saúde, a fim de organizar um sistema de acompanhamento dos óbitos com maior potencial de prevenção⁽³⁾.

De acordo com o MS, 50% dos municípios com população de 80.000 habitantes ou mais já têm comitês, com uma proporção maior nas regiões Sul e Sudeste, confirmando a vigilância da mortalidade infantil e fetal como uma das prioridades do MS⁽³⁾.

Ainda há muito que se avançar e melhorar no que se refere à prevenção, evitabilidade e redução dos óbitos neonatais. No entanto, isso somente será possível com o comprometimento das autoridades e, principalmente, dos gestores e profissionais da área da saúde, pois para mudar a atual realidade é preciso trabalhar para que os resultados conquistados possam ter o maior impacto positivo possível.

Serviços de Atenção ao Recém-Nascido de Risco no Brasil

No Brasil, são escassos os estudos a respeito do efeito dos serviços de saúde na mortalidade neonatal. Foi demonstrada em diversos estudos a importância do acesso e qualidade da assistência pré-natal sobre a mortalidade perinatal, porém são poucas as investigações sobre assistência neonatal⁽²⁰⁾.

Durante muitas décadas, todos os esforços estiveram voltados, quase que exclusivamente, para melhoria da assistência pré-natal, com menor ênfase em medidas como a continuidade da assistência até o momento do parto e a assistência hospitalar qualificada, sendo que para a redução da morbidade e conseqüentemente da mortalidade neonatal, torna-se prioritário o investimento na reestruturação da assistência à gestante e ao recém-nascido, com articulação entre atenção básica (pré-natal) e assistência ao parto⁽²⁰⁾.

Assim, como há poucos estudos sobre a assistência neonatal, é possível afirmar que até a década de 90 não havia políticas específicas para o cuidado do RN de risco.

Destaca-se o serviço da atenção básica, ao qual foram incorporadas ações específicas em estratégias de reforço, visando apresentar um novo padrão de modelo assistencial, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, o Programa Saúde da Família (PSF), apontando para a necessidade de um trabalho amplo e integrado, abrangendo ações destinadas a melhorar a atenção prestada e a reduzir a morbimortalidade na infância⁽¹⁰⁾.

No entanto, mesmo o PSF, hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF), não apresentava nenhuma programação específica para o acompanhamento dos RNs de risco, o que veio se tornar realidade em 2004, quando aconteceu o lançamento da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil⁽²²⁾.

Esta agenda buscou organizar a assistência de saúde em linhas de cuidado, uma estratégia para superar a desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde (como o distanciamento entre a atenção básica e a atenção hospitalar) e garantir a continuidade do cuidado integral do usuário, com ações de promoção, tratamento e reabilitação, de maneira ágil e oportuna em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), com referência e contra-referência responsável, até a recuperação completa do indivíduo⁽⁸⁾.

Dentro das linhas de cuidado, destacam-se a atenção integral da saúde da criança (priorizando-se o acompanhamento do RN de risco), a redução da mortalidade infantil, a atenção humanizada e qualificada à gestante e ao RN e incentivo ao aleitamento materno⁽⁸⁾.

Há que se destacar a Primeira Semana Saúde Integral na Unidade Básica de Saúde (UBS), onde são realizadas visitas domiciliares nos primeiros 7 (sete) dias, e através das informações preenchidas pela caderneta da criança (que deve ser entregue pela maternidade no nascimento da criança), prioriza o cuidado e acompanhamento do RN de risco, levando-se em consideração que a primeira semana é o período que mais se concentra os óbitos neonatais^(8,20).

Neste sentido, visando promover melhor qualidade na assistência neonatal e redução da morbimortalidade deste grupo, em 2006, o MS, através da Portaria MS/GM n. 399/23, aprovou o Pacto pela Saúde, estabelecendo entre suas prioridades o Pacto pela vida e a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil⁽²³⁾.

Ressalta-se que desde 2004 já havia sido discutido e aprovado pela Comissão Intergestores TRIPARTITE uma versão do Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que viria ser confirmado pela Portaria MS/GM n. 399⁽²³⁾.

No que se refere aos neonatos de risco, o pacto apresentava as seguintes propostas/objetivos: a expansão da atenção básica; lançamento da Primeira Semana Saúde Integral; organização do acesso (integrar os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado, leitos de UTI, e transferência em situação de risco); adequação da oferta de serviços (ampliar o cadastro de leitos de UTI neonatal) e priorização no custeio dos serviços, definindo como prioridade nos processos orçamentários de unidades hospitalares aquelas que têm um processo de referência regional para a atenção a gravidez de risco e que disponham de UTIN⁽²²⁾.

Assim como deve ser na atenção básica, é essencial investimentos na atenção terciária, como nos demonstra autores⁽²⁾, que observaram em seu estudo o impacto da melhoria na assistência ao parto, aumento do número de leitos, elevação de recursos materiais com tecnologias modernas, padronização de conduta no atendimento, obrigatoriedade da presença do pediatra na sala de parto e o aumento e treinamento dos profissionais envolvidos na assistência na redução da mortalidade de neonatos de risco.

Neste contexto, torna-se fundamental que a atenção básica e a atenção terciária caminhem articuladas entre si, pois todos os níveis de atenção à saúde devem trabalhar de modo integrado, a fim de proporcionar um cuidado adequado, de qualidade e integral aos neonatos de risco, para que, desta forma, alcancemos uma realidade melhor no que se refere à saúde do período neonatal em nosso país.

CONCLUSÃO

Frente aos resultados encontrados, o Brasil ainda enfrenta desafios no que se refere assistência à saúde dos RNs de risco e redução da morbimortalidade no grupo. Por estar incluído num dos principais indicadores de saúde do Brasil, o período neonatal merece mais atenção por parte dos profissionais e gestores da área da saúde, em especial no tocante ao nascimento de risco.

Ao detectar que a maioria dos agravos e óbitos podem ser evitados, prevenidos e reduzidos, reconhecemos a relevância da melhoria na assistência pré-natal e da continuidade de atendimento de qualidade durante o parto e após o nascimento.

Neste sentido, a atenção básica e as UTINs desempenham um importante papel para a promoção do cuidado aos neonatos de risco. Da mesma forma que é preciso uma atenção maior aos RNs de risco na atenção básica de saúde, desenvolvendo um programa próprio dentro desse serviço, como acontece à saúde da gestante e idoso, por exemplo, é necessário investimento para o aumento do número dos leitos das UTINs, bem como o treinamento, aperfeiçoamento e educação continuada dos profissionais dessas UTIN e das Estratégia Saúde da Família.

Apesar dos avanços observados nos últimos anos no que diz respeito ao período neonatal através de políticas, como a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e o Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Brasil possui poucos serviços e políticas específicas para a assistência aos neonatos de risco.

Destaca-se, também, a necessidade de incluir o tema nos cursos da saúde, tanto em nível técnico como de graduação e pós-graduação, a fim de contemplar a temática na formação dos profissionais.

Outra consideração importante diz respeito à qualidade da informação que alimenta as estratégias de vigilância do grupo em questão. Para tanto, é importante chamar a atenção quanto à valorização que deve ser dada pelos profissionais da saúde ao preenchimento de forma correta dos formulários de declarações de óbitos, para alimentar de forma correta a vigilância epidemiológica, a fim de contribuir para que as medidas e intervenções a serem elaboradas sejam cada vez mais efetivas. Acrescenta-se, ainda, a necessidade de políticas e estratégias de acompanhamento sistematizado dos RN de risco, a fim de evitar a morbidade e a mortalidade elevadas.

Outro fator importante a ser considerado para as transformações necessárias referente à saúde do grupo dos RNs de risco é o contexto socioeconômico, ou seja, é fundamental oferecer melhores condições de vida para a população, principalmente às mães, uma vez que os indicadores de saúde estão intimamente relacionados com as condições de vida. Além destas, destacamos a importância da educação, pois na maioria dos estudos encontrados foram identificados que a maior escolaridade materna caracteriza-se com um dos principais fatores de proteção dos RNs de risco, demonstrando que é essencial o investimento nessa área.

Esperamos que o presente estudo, ao apresentar o contexto atual da morbimortalidade e da assistência prestada aos RNs de risco, possa contribuir para a compreensão do fenômeno neste grupo, servindo como ponto de partida para estratégias e ações específicas. Sugere-se, ainda, a realização de outros estudos, pois há poucas publicações que tratam especificamente dos RNs de risco, para que assim possam ser complementadas as lacunas de conhecimento na área.

REFERÊNCIAS

1. Araújo BF, Tanaka ACA, Madi JM, Zatti H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* 2005; 5 (4): 463-9.
2. Duarte JLMB, Mendonça, GAS. Avaliação dos óbitos neonatais em recém-nascidos de muito baixo peso em quatro maternidades no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005a; 21(2):387-95.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. 1ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 79 p.
4. Silva ZP, Almeida MF, Ortiz LP, Alencar GP, Alencar AP, Schoeps D, et al. Morte neonatal precoce segundo complexidade hospitalar e rede SUS e não-SUS na região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(1):123-34.
5. Giglio MRP, Lamounier JA, Morais Neto OL, César CC. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia-Brasil no ano de 2000. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(3): 130-6.
6. Araújo DMR, Pereira NL, Kac G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(4):747-56.
7. Caldeira AP, França E, Perpétuo IHO, Goulart EMA. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1):67-74.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. 1ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 80 p.
9. Duarte JLMB, Mendonça GAS. Fatores associados à morte neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso em quatro maternidades no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005b; 21(1):181-91.
10. Brasil. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. 2. edição rev. 1.ª reimpressão. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2003. 32p.
11. Assis HM, Machado CJ, Rodrigues RN. Perfis de mortalidade neonatal precoce: um estudo para uma Maternidade Pública de Belo Horizonte (MG), 2001-2006. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(4): 675-86.

12. Pedrosa LDCO, Sarinho SW, Ordonha MAR. Óbitos neonatais: por que e como informar? Rev. Bras. Saúde Matern. Infant 2005; 5(4): 411-8.
13. Gomes MASM, Lopes JMA, Moreira MEL, Gianini NOM. Assistência e mortalidade neonatal no setor público do município do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise do período 1994/2000. Cad. Saúde Pública 2005; 21(4):1269-77.
14. Datasus. Ministério da Saúde. Informações em Saúde. Indicadores de Saúde. Indicadores de mortalidade. Taxa de mortalidade neonatal precoce e tardia. 2007. [citado em: 11 mai. 2011]. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/c0101b.htm>> e <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/c0102b.htm>>.
15. Schoeps D, Almeida MF, Alencar GP, França Jr I, Novaes HMD, Siqueira AAF, et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. Rev Saúde Pública 2007; 41(6):1013-22.
16. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009; 13 (2): 297-304.
17. Malveira SS, Moraes AN, Chermont AG, Costa DLF, Silva TF. Recém-nascidos de muito baixo peso em um hospital de referência. Revista Paraense de Medicina 2006; 20(1): 58-62.
18. Uchimura TT, Pelissari DM, Soares DFPP, Uchimura NS, Santana RG, Moraes CMS. Cienc Cuid Saude 2007; 6(1):51-8.
19. Hübner ME, Nazer J, León GJ. Estrategias para mejorar la sobrevivencia del prematuro extremo. Rev Chil Pediatr 2009; 80(6): 551-9.
20. Araujo NSA. O papel da assistência hospitalar ao recém-nascido na mortalidade neonatal precoce na Região Sul do município de São Paulo: estudo caso-controle [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2006.
21. Ramos JGL, Martinez FE. Videoconferência. Terapia antenatal com corticóide para maturação fetal: uma importante estratégia de redução da mortalidade neonatal. Brasília: 2010.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília, 2004b. 14 p.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia