



PREFEITURA DE

CAMPOS

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

**Vigilância do Óbito Infantil e Fetal/Vigilância em Saúde/SMS
Campos dos Goytacazes/RJ**

Relatório Preliminar / - 2º Trimestre do ano 2024

Total de óbitos por ocorrência no Município de Campos dos Goytacazes: 57

Total de Óbitos investigados: (RESIDENTES E NÃO RESIDENTES) – 52 (fetal e faixa etária 0 a 11 meses e 29 dias).

Total de Óbitos investigados por residência no Município de Campos dos Goytacazes: 46 –abril (18 óbitos), maio (18 óbitos) e junho (10 óbitos). Fonte: Planilha Municipal da Vigilância do óbito Infantil e Fetal (em anexo).

Não residentes: 06 (Fichas de investigação hospitalar enviadas à SES). 02 óbitos de São João da Barra, 01 óbito de São Francisco do Itabapoana, 01 óbito de Soa Fidélis, 01 óbito de Cardoso Moreira e 01 óbito de S. João de Meriti.

Óbitos não investigados: 05 - fora dos critérios de investigação (Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal/MS/2009 páginas 29 e 30) e óbitos fetais abaixo de 500 g.

Residentes (Município de Campos dos Goytacazes)

Total de Nascidos Vivos: 1.542

Total de Nascidos Vivos com 1.500 g ou mais: 1.502 (97,40%)

Total de Nascidos Vivos com 2.500 g ou mais: 1.374 (89,10%)

Total de Nascidos Vivos Prematuros (< 37 semanas): 52 (3,37%)

(fonte: SINASC)

Hospitais de ocorrência dos óbitos de residentes no município investigados: Hospital dos Plantadores de Cana (**33 óbitos**), Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos (**03 óbitos**), Hospital Ferreira Machado (**03 óbitos**) CEPLIN (**03 óbitos**) Maternidade Lília Neves (**01 óbitos**), Hospital UNIMED (**02 óbitos**) e via pública (**01 óbito – causa externa**).

Bairros com maior concentração de casos:

Distrito de Travessão: 06 casos em Travessão e 01 caso em Três Vendas.

Distrito Campos dos Goytacazes (sede): Jockey Club (03 casos). Parque Califórnia, Centro, Penha e Turf-Club (02 casos cada), Parque São Caetano, Parque Leopoldina, Nova Brasília, Parque Rosário, Campo Limpo, Tapera II, Ururaí, Residencial Veneza e Parque Aurora (01 caso cada). Guarus: Lagoa das Pedras, Parque Novo Eldorado (03 casos), Parque Santa Rosa (02 casos), Lagoa das Pedras, Parque Fundão, Custodópolis e Vila Industrial (01 caso cada).

Distrito de Ibitioca – 02 casos em Ibitioca.

Distrito de Vila Nova – 02 casos em Vila Nova.

Distrito de Morangaba – 01 caso em Morangaba

Distrito de São Sebastião – 01 caso em São Sebastião.

Distrito de Tocos– 01 caso em Ponta Grossa.

Distrito de Dolores de Macabú – 01 caso em Quilombo.

Total de óbitos infantis: 34 – 73,91% do total de óbitos investigados.

Neonatal Precoce: 11 óbitos – 32,35% dos óbitos infantis.

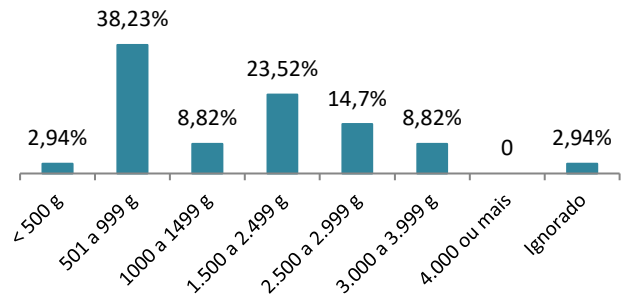
Neonatal Tardio: 06 óbitos – 17,64% dos óbitos infantis.

Pós-neonatal: 17 óbitos – 50% dos óbitos infantis.



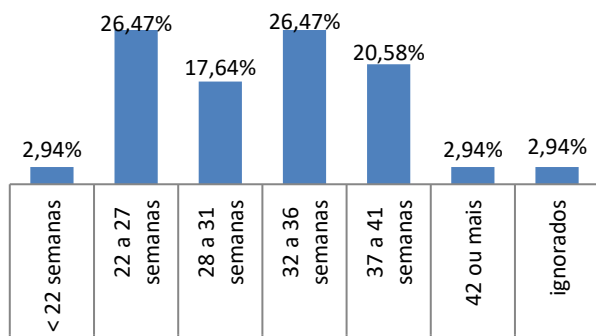
Número e proporção de óbitos infantis por peso ao nascer:

Peso	Número	Proporção %
< 500 g	01	2,94
501 a 999 g	13	38,23
1000 a 1499 g	03	8,82
1.500 a 2.499 g	08	23,52
2.500 a 2.999 g	05	14,70
3.000 a 3.999 g	03	8,82
4.000 ou mais	00	00
Ignorado	01	2,94



Número e proporção de óbitos infantis por Idade Gestacional:

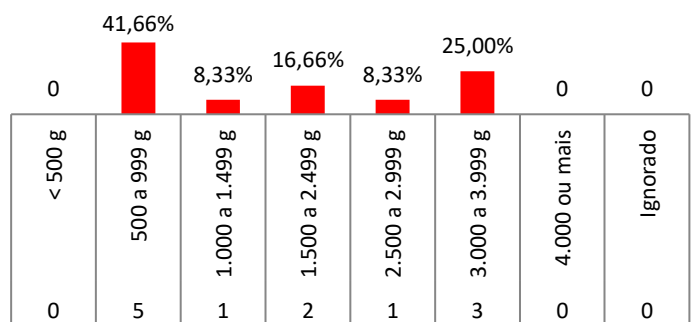
Idade Gestacional	Número	Proporção %
< 22 semanas	01	2,94
22 a 27 semanas	09	26,47
28 a 31 semanas	06	17,64
32 a 36 semanas	09	26,47
37 a 41 semanas	07	20,58
42 ou mais	01	2,94
Ignorado	01	2,94



Total de óbitos fetais: – 12 - 26,08% dos óbitos investigados.

Número e proporção de óbitos fetais por Peso ao nascer:

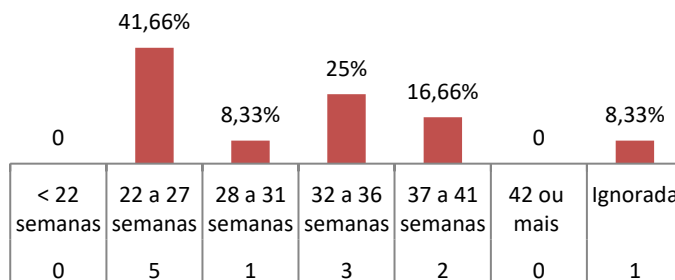
Peso	Número	Proporção %
< 500 g	00	00
500 a 999 g	05	41,66
1.000 a 1.499 g	01	8,33
1.500 a 2.499 g	02	16,66
2.500 a 2.999 g	01	8,33
3.000 a 3.999 g	03	25
4.000 ou mais	00	00
Ignorado	00	00





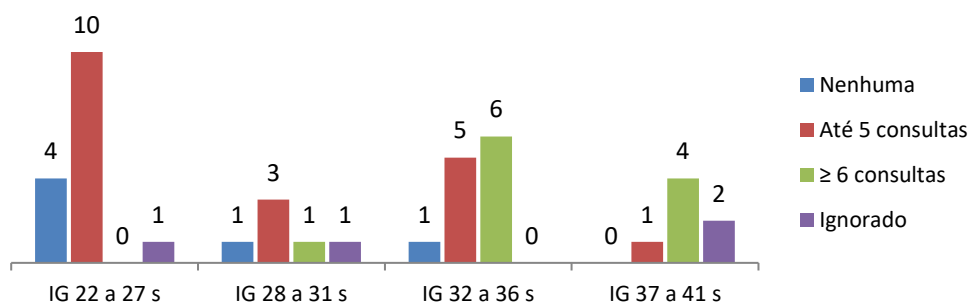
Número e proporção de óbitos fetais por Idade Gestacional:

Idade Gestacional	Número	Proporção %
< 22 semanas	00	00
22 a 27 semanas	05	41,66
28 a 31 semanas	01	8,33
32 a 36 semanas	03	25
37 a 41 semanas	02	16,66
42 ou mais	00	00
Ignorado	01	8,33



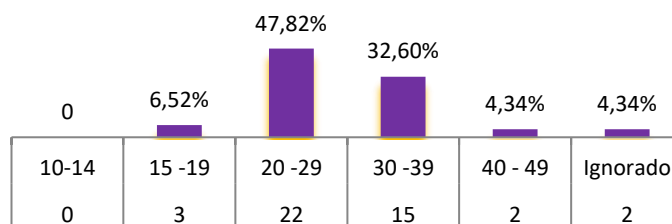
Número de consultas pré-natal dos óbitos infantis e fetais por Idade Gestacional

Consulta	IG 22 a 27 s	IG 28 a 31 s	IG 32 a 36 s	37 a 41 s
Nenhuma	04	01	01	00
Até 5 consultas	10	03	05	01
≥ 6 consultas	00	01	06	04
Ignorado	01	01	00	02



Óbitos Infantis e Fetais por Idade Materna:

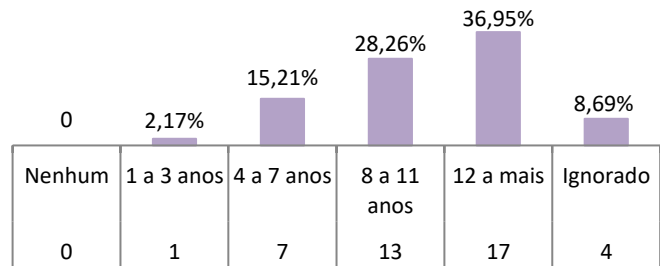
Idade	Número	Proporção%
10 A 14 anos	00	00
15 A 19 anos	03	6,52%
20 A 29 anos	22	47,82%
30 A 39 anos	15	32,60%
40 A 49 anos	02	4,34%
Ignorada	02	4,34%





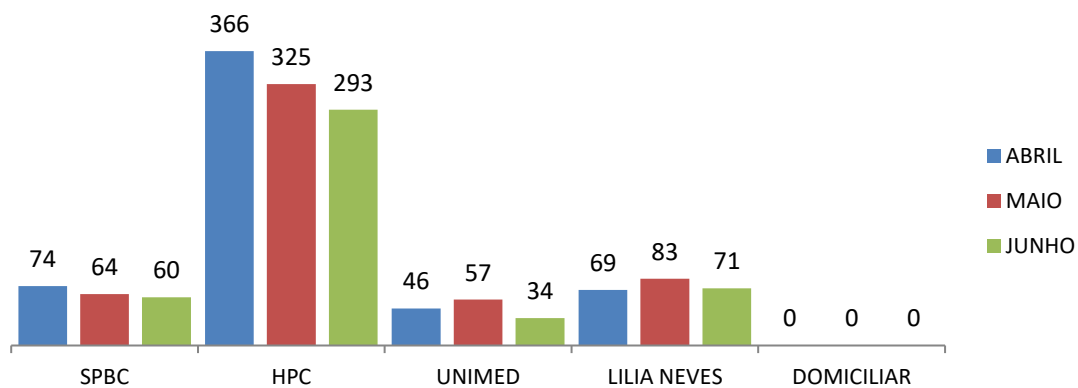
Óbitos Infantis e Fetais por Escolaridade Materna

Escolaridade	Número	Proporção%
Nenhuma	00	00
1 a 3 anos	01	2,17%
4 a 7 anos	07	15,21%
8 a 11 anos	13	28,26%
12 e mais	17	36,95%
Ignorada	04	8,69%



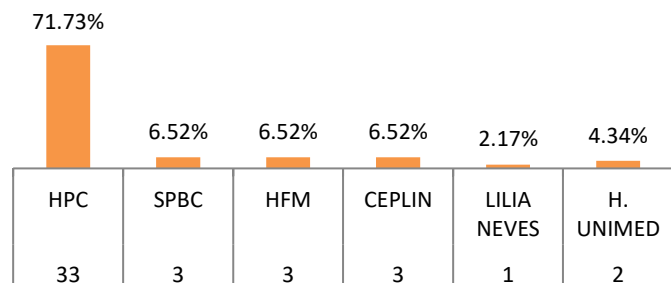
Número de Nascidos Vivos por Hospitais (Fonte: SINASC)

	SPBC	HPC	UNIMED	LILIA NEVES	DOMICILIAR	TOTAL
ABRIL	74	366	46	69	00	555
MAIO	64	325	57	83	00	529
JUNHO	60	293	34	71	00	458
TOTAL	198	984	137	223	00	1.542
PROPORÇÃO	12,84%	63,81%	8,88%	14,46%	00	100%



Proporção de óbitos por hospital

Hospital	Número	Proporção %
HPC	33	71,73%
SPBC	03	6,52%
HFM	03	6,52%
CEPLIN	03	6,52%
LILIA NEVES	01	2,17%
H. UNIMED	02	4,34%





1- Causas Básicas identificadas:

1ª - Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal – 30 casos

- a) Prematuridade– 08 casos.
- b) Seps Neonatal – 09 casos.
- c) Infecção do Trato Urinário na Gestação (05 casos), Anóxia Intraútero (03 casos) Descolamento Prematuro de Placenta e Asfixia Perinatal Grave (02 casos cada), Insuficiência Placentária Pré-eclâmpsia, Diabetes Mellitus Materna, Complicações do Trabalho de Parto, Corioamionite, Doença Hemorrágica do Recém-nascido e Isoimunização Rh do Recém-nascido (01 caso cada).

2ª – Capítulo X – Doenças do Aparelho Respiratório– Pneumonia Bacteriana – 06 casos.

3ª - Capítulo XVII - Malformações Congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas – Cardiopatia Congênita Complexa, Hipoplasia Pulmonar, Hérnia Diafragmática e Atresia de Esôfago (01 caso cada).

4ª – Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias –Doença Estafilocócica e Sífilis Congênita (01 casos cada).

5ª – Capítulo XX – Causas Externas de Morbidade e Mortalidade – Asfixia Mecânica por Broncoaspiração (02 casos).

2 - Indicadores:

Taxa de Mortalidade Infantil: **33,07** por mil nascidos vivos

Taxa de Mortalidade Neonatal: **20,75** por mil nascidos vivos

Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce: **17,50** por mil nascidos vivos

Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia: **3,24** por mil nascidos vivos

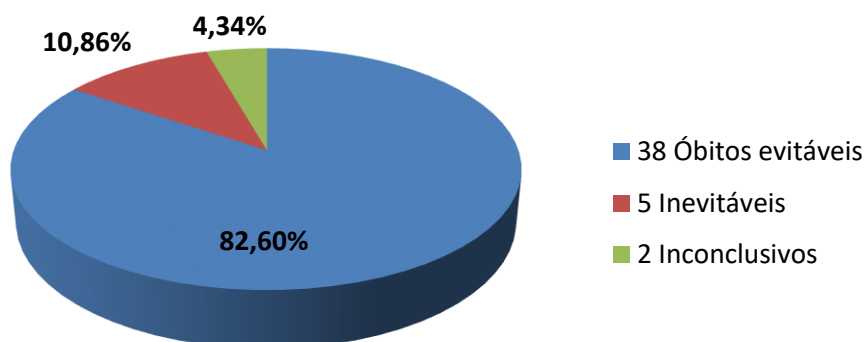
Taxa de Mortalidade Pós-neonatal: **12,32** por mil nascidos vivos

Taxa de Mortalidade Fetal: **9,07** por mil nascidos vivos

Taxa de Mortalidade Perinatal: **26,34** por mil nascidos vivos

3- Evitabilidade:

Numero	Evitabilidade	Proporção%
38	Óbitos evitáveis	82,60
5	Inevitáveis	10,86
2	Inconclusivos	4,34



4-Observações:

Dos óbitos infantis investigados, 13 tiveram peso ao nascer entre 500 e 999 g e 16 apresentaram peso 1.500 g ou mais. Na análise da Idade Gestacional, 09 se encontravam entre 22 e 27 semanas e a maioria entre 28 e 42 semanas (23 óbitos). Um óbito tinha menos de 22 semanas de IG e outro óbito com IG ignorada.

Dos 12 óbitos fetais investigados, 05 tiveram peso ao nascer entre 500 e 999 g e 06 apresentaram peso entre 1.500 e 3.999 g. Na análise da Idade Gestacional observou-se 05 óbitos entre 22 e 27 semanas, 06 óbitos entre 28 e 41 semanas, e 01 óbito com IG ignorada.

Em relação ao pré-natal, 6 gestantes não o realizaram, 19 realizaram até 05 consultas (maioria entre 22 e 27 semanas de idade gestacional) e 11 realizaram 6 consultas ou mais.

Houve um aumento considerável dos óbitos pós-neonatais (50% dos óbitos infantis investigados), às custas de bebês que havia saído da faixa etária neonatal com internação prolongada na UTI Neonatal no Hospital dos Plantadores de Cana. Vale ressaltar que essa ocorrência foi nos meses de abril e maio. Em junho não houve nenhum óbito infantil, todos foram óbitos fetais, ocorridos fora do ambiente hospitalar, antes do Trabalho de Parto.

5- Problemas identificados:

- Falha no preenchimento dos registros de saúde da assistência prestada pelos profissionais de saúde:
- ✓ Preenchimento incompleto e/ou com letra não legível, dos prontuários hospitalares, sem inclusão de procedimentos indicados no caso e/ou resultados de exames e acesso ao cartão da gestante;
- ✓ Preenchimento incompleto das AIH, não fornecendo informações sobre data e hora de internação.
- ✓ Preenchimento incompleto da Declaração de óbito, principalmente referente a todos os campos do Bloco IV (preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano) ao campo 37 do Bloco V (óbito de mulher em idade fértil).
- Falha no acesso aos prontuários em algumas unidades hospitalares, infringindo o cumprimento do artigo 9º da Portaria 72 DE 11/01/2010 que estabelece a obrigatoriedade da vigilância do óbito infantil e fetal. "Art. 9º: Definir que os hospitais, consultórios médicos e unidades básicas de saúde, ou outro serviço de saúde (público ou privado) que integram o SUS, onde a gestante ou parturiente ou a criança recebeu assistência, deverão disponibilizar aos responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais acesso aos prontuários, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a solicitação, para viabilizar o início oportuno da investigação dos óbitos infantis e fetais.
- Falhas no acesso e na qualidade da Assistência ao pré-natal.



- Falha na assistência ao RN na Unidade Neonatal.
- Dificuldades Familiares - observa-se falha nas medidas de apoio à melhoria das condições sociais, escolaridade materna e de promoção de saúde e prevenção primária – mãe negligente nos atendimentos em pré-natal e à criança na UBS e vacinas e, usuárias de drogas ilícitas durante gestação.
- Falha no Planejamento Familiar - observa-se falha na assistência e medidas educativas para a saúde reprodutiva de mulheres em idade fértil, principalmente para as adolescentes. Na maioria dos casos não havia informação sobre planejamento familiar nos prontuários.
- Falha na assistência ao parto -- observa-se falha no uso de protocolos na assistência ao parto nas maternidades como por exemplo o Partograma quando indicado (item solicitado na ficha síntese do óbito pelo Ministério da Saúde).
- Falha na organização do Sistema de Saúde – falha na assistência de qualidade ao Pré-natal de risco habitual na Atenção Primária, referência para o Pré-natal de Alto Risco (e qualidade do mesmo) e assistência especializada e no acompanhamento pela Atenção Primária das gestantes encaminhadas para o Alto Risco.

6- Recomendações sugeridas:

- Cobrar do Comitê Hospitalar de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal implantado no Hospital dos Plantadores de Cana em reunião no dia 11/9/24, as providências adotadas para resolver as irregularidades apresentadas por esse Comitê quando foi acertada a criação de fluxo de trabalho, com discussão dos dados bimestralmente e definir ações para melhoria.
- **Disponibilizar aos responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais acesso aos prontuários, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a solicitação, conforme o artigo 9º da Portaria nº 72 de 11/01/2010.**
- Elaborar ficha de atendimento e evolução padronizadas, com todas as informações necessárias e sensibilização dos profissionais para o seu preenchimento completo e correto.
- Educação Permanente de profissionais envolvidos na assistência pré-natal à gestante:
 - ✓ capacitação dos profissionais da Atenção Primária de Saúde para as seguintes ações: busca ativa para captar precocemente as gestantes para realização do pré-natal e visitas domiciliares para alcançar as gestantes faltosas;
 - ✓ avaliação de risco gestacional e diagnóstico e tratamento de agravos em tempo oportuno;
 - ✓ encaminhamento das gestantes de Alto Risco para pré-natal especializado e ambulatório de especialidades, mantendo-as monitoradas pelas UBS e UBSF de origem;
 - ✓ garantir o acesso das gestantes a todos os exames preconizados durante o pré-natal e presteza na entrega dos resultados.
- Na maternidade e Unidades de Terapia Intensiva de atendimento à gestante, recém-nascido e lactente:
 - ✓ Estabelecer organização dos serviços e protocolos assistenciais com Capacitação / Atualização Profissional, acesso a exames complementares, parecer de especialistas e acompanhar seu cumprimento e registro correto das informações.
 - ✓ Política de instituição de controle de infecção hospitalar efetiva e rigorosa para controle dessas infecções (protocolos atualizados para controle de sepse e rotina de escalonamento de antimicrobianos e implementação de isolamentos).
 - ✓ Normatização das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento nos termos do documento da Organização Mundial de Saúde de 1996 nas Maternidades.



- ✓ Melhorar assistência ao RN Prematuro de Extremo Baixo Peso ao Nascer (protocolos assistenciais atualizados como exemplo: nutrição parenteral, Ecocardiograma e Ultrassom Transfontanela para todos os RN).
- ✓ **Estabelecer mecanismos de via de saída dos bebês internados em UTI Neonatal, que estão acima da faixa etária neonatal, que já têm condições de serem transferidos para UTI Pediátrica e ainda sem condições de alta, possam ser transferidas para essas unidades e continuar o tratamento.**
- Definir com a CER o encaminhamento da gestante para hospital de referência no caso de Ecocardiograma Fetal com diagnóstico de Cardiopatia Congênita.
- Medidas de apoio à melhoria das condições sociais (escolaridade, renda, saneamento básico), acolhimento familiar, comunitário e institucional à criança, adolescente e gestante de risco social.
- Investir em projeto/convênio com laboratório de Anatomia Patológica para realização de exame histopatológico de placenta nos casos inconclusivos.
- Criar ambulatório para receber puérperas com óbito fetal, com vistas a investigar causas e prevenção de novas ocorrências.
- Sensibilizar profissionais da assistência para essas ocorrências. Notificar os hospitais onde os problemas ocorreram.

7– Conclusão

A mortalidade infantil representa um importante indicador de saúde pública por tratar-se de mortes precoces e, em sua maioria, evitáveis. Sabemos que o óbito infantil ocorre como consequência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde e, portanto, as intervenções dirigidas à sua redução dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde.

É importante discutir a magnitude do problema da mortalidade infantil e fetal, as condições sociais e qualidade de vida da população, a organização dos serviços de saúde, a atenção obstétrica, neonatal e à criança, na atenção básica, no atendimento às urgências/emergências, transporte, nas especialidades e atenção hospitalar, e definir medidas de intervenção para prevenção de novas ocorrências, em sua maioria evitáveis.

Comissão de vigilância de mortalidade infantil e fetal:

Charbell Miguel Hadad Kury –Subsecretário de Vigilância em Saúde;

Silvia Campos dos Reis Martins - Assessora Chefe da Vigilância Epidemiológica;

Equipe de investigação de óbito infantil e fetal: Silvia Cristina Machado Ribeiro de Souza, Cinthia Guimarães Leandro e Viviane Facó Hauaji – Pediatras responsáveis pela investigação. Margarete Lanes – Assistente Social – responsável pelas entrevistas com as famílias;
Rayssa Gonçalves Machado Gama - Coordenadora PAISMCA.