

**UNIVERSIDADE DO CONTESTADO – UnC
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CANOINHAS - PORTO UNIÃO
PROGRAMA DE MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

MARLY TEREZINHA DELLA LATTA

**MORTALIDADE INFANTIL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM UNIÃO DA
VITÓRIA-PR - 1999 A 2007**

**CANOINHAS
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARLY TEREZINHA DELLA LATTA

**MORTALIDADE INFANTIL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM UNIÃO DA
VITÓRIA- PR - 1999 A 2007**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado, como exigência parcial à obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional, sob a orientação da prof^a Dr^a. Maria Luiza Milani.

**CANOINHAS
2008**

Dedico este trabalho a todas as crianças que não tiveram a oportunidade de, ao nascer, continuarem suas vidas.

AGRADECIMENTOS

À Universidade do Contestado - UnC, coordenação e professores do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional.

À Unidade de Ensino Superior Vale do Iguaçu - UNIGUAÇU, Instituto Sul Paranaense de Altos estudos – ISPAE e colegas do Mestrado em Desenvolvimento Regional.

À Professora Doutora Maria Luiza Milani, pela orientação inteligente e competente.

À Professora Mestre Ivonilce Venturi, colega dedicada que participou deste importante momento somando saber e conhecimento.

À Fundação Municipal de Saúde do Município de União da Vitória, através do Serviço de Vigilância Epidemiológica.

Aos meus familiares, Maria Zenith, Vera Lúcia, Ana Maria e Eloísa pelo apoio e estímulo.

Aos meus filhos Mauricio e Murilo e meu neto Bernardo, maiores dádivas que Deus me deu.

Ao meu esposo Itamar, companheiro dedicado de todos os momentos difíceis, pela compreensão, estímulo e apoio.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta colaboraram com a realização deste trabalho.

Nossas crianças são crianças por pouco tempo e, se não cuidarmos de suas necessidades imediatamente, talvez jamais cheguem a tornar-se adultos. A luta pela cidadania começa pela garantia ao nascimento e à infância digna.

Telarolli Junior

MORTALIDADE INFANTIL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM UNIÃO DA VITÓRIA-PR - 1999 A 2007

Orientanda: Marly Terezinha Della Latta

Orientador: Prof^a Dr^a. Maria Luiza Milani

RESUMO

Trata-se de um estudo desenvolvido com o objetivo de descrever a influência das políticas públicas sobre a mortalidade infantil no município de União da Vitória – Estado do Paraná no período de 1999 a 2007. Para tanto, procedeu-se coleta de informações no SIM e no SINASC e também nas declarações de óbito, de nascimento e fichas de investigação de óbito infantil relativas. Após coleta de informações descreveu-se a evolução dos coeficientes de mortalidade em seus diferentes componentes e analisou-se a influência das políticas públicas sobre os mesmos. No período, ocorreram 8576 nascimentos e 144 óbitos infantis. O componente pós-neonatal teve como causas da mortalidade, as diarreias e gastroenterites, seguidas das malformações congênitas e septicemia e da inalação do conteúdo gástrico. As causas básicas dos óbitos do componente neonatal precoce e o tardio estiveram predominantemente relacionados a afecções originadas nos períodos pré, trans e pós-parto. Para o componente neonatal tardio ainda foram observadas causas relacionadas às doenças do aparelho circulatório, sendo que, dos 19 óbitos ocorridos, 5 deles ocorreram no domicílio. O detalhamento dos casos demonstra que apesar das mães possuírem assistência na gestação e no momento do nascimento, houve trabalho de parto prolongado com sofrimento fetal. O estudo aponta a necessidade de melhoria da qualidade da atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, em especial às gestantes de baixo poder aquisitivo, múltiparas e em risco de parto prematuro. Sugere-se a implantação, implementação e desenvolvimento de políticas públicas que colaborem na redução da mortalidade infantil. Essas comparações contribuem para enfatizar a relação entre desenvolvimento econômico, social e humano.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade infantil, assistência à saúde, políticas públicas.

INFANTILE MORTALITY AND PUBLIC POLITICS OF HEALTH IN UNIÃO DA
VITÓRIA-PR - 1999 TO 2007

ABSTRACT

The following abstract is about a developed study that aims describing the influence of the public politics about the infantile mortality in União da Vitória – Paraná, during the period of 1999 until 2007. After a collection of data it was described and evolution of the mortality coefficient in its different components and the influence of the public politics about them. During a period, there were 144 infantile deaths, within the total of 8.576 births. The post-neonatal component presented the causes of the infantile mortality related to diarrhea and gastro-enteritis, followed by congenital bad formation and septicemia and the inhalation of the gastric content. The basic causes of the deaths of the precocious neonatal component and the last were predominantly related to alteration originated in the pre, during and post birth periods. For the last neonatal component, causes related to blood system diseases were still observed, and from the 19 occurred deaths, 5 of them occurred at home. Despite the assistance during the pregnancy and in the moment of birth, long labors with fetal suffering were proved. The study points the necessity to improve the quality of pre-natal attention, to the birth and to the new born, mainly to the pregnant of low social and economic situation, mothers who have already given birth to other children and under risk of a premature birth. It's also important the deployment, implementation and development of the public politics which collaborates in the reduction of the infantile mortality.

KEY-WORDS: infantile mortality, health assistance, public politics.

LISTA DE SIGLAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIG: Adequado para a Idade Gestacional
ANVISA: Agência Nacional da Vigilância Sanitária
APMI: Associação de Proteção à maternidade e à Infância
APMI: Associação de Proteção à Maternidade e Infância
CEPMI: Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil do Paraná
CFB: Constituição Federal Brasileira
CID-10: Classificação Internacional de Doenças
CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde
CONEP: Conselho Nacional de Ensino e Pesquisa
COPEL: Companhia Paranaense de Energia Elétrica
DST: Doença Sexualmente Transmissível
ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
IMC: Índice de Massa Corporal
IRA: Insuficiência Respiratória Aguda
LOOS: Lei Orgânica do Orçamento Social
LOS: Lei Orgânica da Saúde
MDDA: Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas
MS: Ministério da Saúde
NOAS: Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOBS: Normas Operacionais Básicas
NV: Nascidos Vivos
ODM: Objetivo do Desenvolvimento do Milênio
OMS: Organização Mundial da Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
OPAS: Organização Pan Americana de Saúde
PACS: Programas de Agentes comunitários de Saúde
PAIMS: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISC: Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PIG: Pequeno para a Idade Gestacional
PNI: Programa Nacional de Imunização
PNUD: Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento
PSF: Programa de Saúde da Família
SANEPAR: Companhia de Saneamento do Paraná
SESA: Secretaria do Estado da Saúde
SIAB: Sistema de Informação em Saúde do Brasil
SIDS: Síndrome da Morte Súbita na Infância
SIM: Sistema de Informação de Mortalidade

SIMI: Sistema de Informação da Mortalidade Infantil
SINASC: Sistema de Informação de Nascimentos
SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS: Sistema Único de Saúde
SVO: Sistema de Verificação de Óbitos
TMI: Taxa de Mortalidade Infantil
UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI: Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----|
| Figura 1: Série histórica dos coeficientes de mortalidade infantil no município de União da Vitória-PR, no período de 1999 a 2007..... | 66 |
| Figura 2: Série histórica do número de nascidos vivos no município de União da Vitória/PR no período de 1999 a 2007. | 72 |
| Figura 3: Série histórica do Coeficiente de Mortalidade Infantil no Brasil, Paraná e União da Vitória-PR, no período de 1999 a 2007..... | 74 |
| Figura 4: Distribuição do Coeficiente de Mortalidade Infantil PÓS NEONATAL no município de União da Vitória/PR no período de 1999 a 2007..... | 76 |
| Figura 5: Distribuição do Coeficiente de Mortalidade Infantil NEONATAL TARDIA no município de União da Vitória no período de 1999 a 2007..... | 81 |
| Figura 6: Distribuição do Coeficiente de Mortalidade Infantil NEONATAL PRECOCE no município de União da Vitória no período de 1999 a 2007..... | 84 |
| Figura 7: Número de Consultas de Pré-Natal..... | 94 |
| Figura 8: Distribuição do peso ao nascer nos óbitos neonatais precoce..... | 98 |
| Figura 9: Distribuição da idade gestacional..... | 100 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1: Número de nascidos vivos e óbitos infantis em números absolutos no período de 1999 a 2007 no município de União da Vitória-PR. | 75 |
| Tabela 2: Distribuição das Causas de Mortalidade PÓS-NEONATAL no município de União da Vitória no período de 1999 a 2007..... | 77 |
| Tabela 3: Distribuição das Causas de Mortalidade NEONATAL TARDIA no município de União da Vitória no período de 1999 a 2007..... | 82 |
| Tabela 4: Distribuição das Causas de Mortalidade NEONATAL PRECOCE no município de União da Vitória no período de 1999 a 2007..... | 86 |
| Tabela 5: Relação entre idade da criança e causas dos óbitos..... | 90 |
| Tabela 6: Relação entre causa do óbito e idade gestacional em semanas..... | 91 |
| Tabela 7: Relação entre idade da mãe e anos de estudo..... | 92 |
| Tabela 8: Relação entre causa do óbito e anos de estudo..... | 93 |
| Tabela 9: Relação entre número de consultas de pré-natal e escolaridade..... | 95 |
| Tabela 10: Relação entre idade da mãe e nº de consultas de pré-natal..... | 96 |
| Tabela 11: Distribuição dos fatores de risco relacionados a mãe..... | 97 |
| Tabela 12: Relação entre Tabagismo e Prematuridade..... | 97 |
| Tabela 13: Relação entre Tabagismo e Baixo Peso..... | 97 |
| Tabela 14: Relação entre Prematuridade e Baixo Peso..... | 100 |
| Tabela 15: Relação entre anos de estudo e renda familiar..... | 101 |
| Tabela 16: Relação entre baixo peso e renda familiar..... | 102 |
| Tabela 17: Relação entre idade da mãe e baixo peso do recém-nascido..... | 102 |
| Tabela 18: Relação entre tipo de parto e sofrimento fetal..... | 104 |
| Tabela 19: Relação entre trabalho de parto prolongado e tipo de parto..... | 105 |
| Tabela 20: Relação entre trabalho de parto prolongado e número de gestações... | 105 |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 17 |
| 2.1 DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL | 17 |
| 2.1.1 Mortalidade Neonatal | 18 |
| 2.1.2 Mortalidade Pós-Neonatal | 24 |
| 2.2 PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE QUE INFLUENCIAM NA MORTALIDADE INFANTIL | 30 |
| 2.3 PANORAMA DA MORTALIDADE INFANTIL | 35 |
| 2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E A MORTALIDADE INFANTIL..... | 42 |
| 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 56 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO | 56 |
| 3.2 LOCAL E UNIVERSO DE ESTUDO..... | 56 |
| 3.2.1 Município de União da Vitória..... | 53 |
| 3.3 COLETA DE DADOS | 59 |
| 3.3.1 Caracterização da mortalidade infantil na realidade de União da Vitória. | 59 |
| 3.3.2 Análise das políticas públicas..... | 60 |
| 3.3.3 Coeficientes de mortalidade infantil..... | 61 |
| 3.3.4 Quadros que provocam a mortalidade infantil. | 62 |
| 3.4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS | 64 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 66 |
| 4.1 MORTALIDADE INFANTIL: SÉRIE HISTÓRICA E AÇÕES DE SAÚDE | 66 |
| 4.2 COEFICIENTES E CAUSAS DA MORTALIDADE INFANTIL | 73 |
| 4.3 MORTALIDADE INFANTIL PÓS-NEONATAL..... | 76 |
| 4.4 MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL TARDIA | 80 |
| 4.5 MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL PRECOCE..... | 82 |
| 4.6 ANÁLISE DAS FICHAS DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL DE ÓBITO..... | 88 |
| 5 CONCLUSÃO | 106 |
| 6 REFERÊNCIAS | 113 |

1 INTRODUÇÃO

Objeto de estudo principalmente de ciências médicas e sociais, a mortalidade infantil caracteriza-se por ser um eficiente indicador de qualidade de vida de uma população, contribuindo na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico. A compreensão dessa relação é importante principalmente sob o ponto de vista de políticas públicas, na determinação dos indicadores sociais que inspiram maior atenção. Em geral, altas taxas de mortalidade infantil são reflexos de desenvolvimento humano, social e econômico deficiente.

A mortalidade infantil de crianças menores de um ano, em todos os seus períodos, ou seja, do período neonatal precoce, neonatal tardio ao pós neonatal, é um tema que nos dias atuais está sendo amplamente debatido, as autoridades dos âmbitos seja municipal, regional e estadual buscam incessantemente a sua redução.

Embora a redução das TMI tenha sido observada nas últimas décadas em todo mundo, ainda persistem altos índices nos países subdesenvolvidos. Medidas de saúde pública têm se destacado para o aumento da sobrevivência infantil, como melhoria da atenção ao pré-natal e ao parto, acesso aos avanços tecnológicos, uso da terapia de re-hidratação oral, incentivo ao aleitamento materno, atenção às doenças prevalentes na infância e ampliação da cobertura vacinal (ALVES *et al.*, 2008).

É relevante salientar que a mortalidade infantil é um dos indicadores epidemiológicos mais difundidos e utilizados para avaliar o grau de saúde e de desenvolvimento humano, social, local e regional, pois reflete as condições de vida de uma sociedade e população (PEREIRA, 1999).

Um problema que impede a plena utilização desses indicadores em países em desenvolvimento é o sub-registro de nascimentos e de óbitos perinatais e infantis, que faz com que estatísticas oficiais não sejam confiáveis.

As estatísticas são importantes, expressando a situação da mortalidade infantil em determinadas regiões. Conforme o contexto estabelecido, as políticas públicas procuram, como um dos seus objetivos, interferir nesta demanda. Por isso,

os estudos que envolvem a mortalidade infantil requerem um aprofundamento cada vez maior, pois se a sua real situação for apresentada, suas taxas e dados forem divulgados e repassados para as autoridades competentes, as mesmas terão subsídios para colaborar na mudança da realidade apresentada.

As políticas públicas têm impacto na situação das crianças de zero a um ano de idade, pois nessa fase da vida elas estão expostas e vulneráveis às alterações do ambiente social e econômico, às intervenções de saúde, a complexidade e ao dinamismo dos processos que envolvem a mortalidade nesta faixa de idade. Por esse motivo é que se faz necessário o seu contínuo acompanhamento. É através dele que se dispõe de informações que permitem a análise da situação de saúde dos serviços locais e a adoção de medidas de controle pertinentes. A avaliação dos resultados destas medidas serve de parâmetro sobre a situação da mortalidade infantil, identificando intervenções e ações que se apresentam como prioritariamente necessárias e que sejam capazes de controle e redução sobre o problema.

Sabe-se que a mortalidade infantil é um problema sério de saúde pública nos países em desenvolvimento e nos emergentes, onde as políticas públicas nem sempre conseguem satisfazer às necessidades de atendimento de saúde da população, em especial as relacionadas à gestante, ao feto e ao recém nascido.

Os dados relacionados aos coeficientes de mortalidade infantil e suas causas nos referidos períodos, poderão proporcionar uma leitura mais direcionada com o objetivo de subsidiar um novo planejamento na área da saúde. Conforme descrevem Campinas; Negrini (2005), [...] é de fundamental importância conhecer o perfil epidemiológico de uma população para se determinar suas necessidades de saúde, possibilitando adequar serviços e recursos para o seu atendimento e tratamento [...].

Verifica-se a desigualdade na destinação e adequação dos recursos financeiros direcionados à saúde. Segundo Jobim; Arts (2008, p. 179-180) “[...] essa situação de iniquidade pode ser revertida com políticas públicas direcionadas às necessidades das populações mais pobres e vulneráveis [...]”. Para que ocorra o planejamento adequado dessas intervenções é necessário conhecer a qualidade da atenção à saúde oferecida para essas populações, bem como, se as mesmas possuem acesso ou não aos serviços.

Identifica-se que há urgência em se conhecer informações referentes a mortalidade e principalmente em atender estas populações, pois se torna cada vez mais necessário oferecer condições apropriadas à elas, em especial às crianças. As crianças são as principais vítimas da desigualdade social no país, como também ocorre no município de União da Vitória, foco deste estudo.

Segundo Kerr-Pontes; Rouquayrol (1999), a mortalidade infantil reflete as desigualdades sociais, revela os desníveis de saúde, que se acentuam com o grau de riqueza ou pobreza de uma determinada região e é avaliada através do CMI, capaz de definir políticas a serem adotadas, bem como identificar a realidade das iniquidades sociais e suas implicações diante do binômio saúde-doença, podendo evidenciar uma realidade que precisa de uma releitura e de novo olhar, para planejar as políticas públicas de saúde.

De acordo com Menezes *et al* (1996), os coeficientes de mortalidade infantil têm as suas informações obtidas no Registro Civil, censos e pesquisas demográficas e nos estudos epidemiológicos, os quais oferecem vantagens para melhor entendimento dos fatores determinantes da mortalidade infantil, incluindo a fidedignidade dos dados obtidos e a qualidade da informação sobre a causa de morte.

Segundo o IBGE (2008), a mortalidade infantil apresentou declínio no Brasil, mas ainda precisa melhorar, tendo em vista que o preconizado pelo Ministério da Saúde é de zero a quatro óbitos por mil nascidos vivos. Essa redução é resultado de diversas políticas de assistência à mulher e a criança, implantadas no País, que tiveram na atenção primária à saúde o desafio de diminuir estas taxas, proporcionando à criança assistência à saúde mais acessível.

De acordo com o UNICEF (2008), as causas de mortalidade infantil no Brasil, nas últimas décadas, sofreram alterações. Nos anos 1980, as principais causas de óbitos que sofreram declínio, estavam relacionadas às doenças infecto contagiosas, que sofreram declínio nas décadas seguintes, crescendo em importância as causas neonatais precoces, decorrentes da gravidez, do parto e do nascimento.

Entende-se que quanto maior for o interesse e o conhecimento sobre os dados que envolvem a mortalidade infantil, certamente aumentará a possibilidade de

modificar esta realidade contextualizada, pois a problemática que envolve a mortalidade infantil merece cada vez mais atenção, pela estreita relação que ela mantém com fatores sociais, econômicos, biológicos, assistenciais, maternos e de saúde, que, em termos ideais, ela deveria ser nula.

Estudos envolvendo a mortalidade infantil explicitam a desigualdade na distribuição de renda e das políticas públicas, que repercutem diretamente nas condições de vida, saúde e doença das sociedades, assim como, subsidiam a continuação e manutenção das políticas públicas de saúde, o planejamento das ações do setor saúde, sejam essas de caráter preventivo ou assistencial, voltadas ao ambiente coletivo e/ou aos indivíduos.

Explicar o papel das atividades de assistência à saúde no processo de determinação do óbito infantil é necessidade e compromisso ético. Nesse contexto, o estudo do comportamento da mortalidade infantil no município de União da Vitória de 1999 a 2007 oferecerá subsídios aos gestores e conselheiros de saúde no planejamento de políticas e ações assistenciais prestadas à criança, à gestante, à parturiente e ao neonato, pois acredita-se que de forma direta ou indireta ela implica na melhoria da qualidade de vida e no desenvolvimento social e local de uma população.

Diante do exposto, pergunta-se: qual foi a influência das políticas públicas de saúde, o comportamento e a evolução da mortalidade infantil no município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007?

Para o presente estudo estabeleceram-se as seguintes questões norteadoras: Como foi a evolução da mortalidade infantil nos períodos Neonatal Precoce, Neonatal Tardio e Pós-neonatal, no município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007?

Que políticas públicas tiveram influência nos coeficientes de mortalidade infantil?

Quais foram os motivos que caracterizaram a não redução da mortalidade infantil no período Neonatal Precoce?

Tem-se como objetivo geral, descrever a influência das políticas públicas de saúde sobre a mortalidade infantil de 1999 a 2007, no município de União da Vitória-

PR. E, como objetivos específicos, descrever a evolução da mortalidade infantil nos períodos Neonatal Precoce, Neonatal Tardio e Pós-neonatal nos anos de 1999 a 2007; analisar a influência das principais políticas públicas nos coeficientes de mortalidade infantil e, caracterizar a mortalidade infantil neonatal precoce utilizando as variáveis contidas nas investigações de óbito infantil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

Vários indicadores de saúde têm sido utilizados internacionalmente como instrumento para a monitorização da qualidade de vida de populações. Entre estes indicadores, os coeficientes de mortalidade infantil são, certamente, os mais amplamente empregados na avaliação do desenvolvimento de distintas regiões.

Os coeficientes de mortalidade perinatal também vêm assumindo um papel de destaque como indicadores de saúde, principalmente em áreas submetidas a rápidas transformações sociais. Nestes locais, o desenvolvimento social faz com que os coeficientes de mortalidade infantil caiam, às custas, basicamente, da redução de mortes pós-neonatais, que são mais suscetíveis a ações preventivas, como saneamento básico e imunizações. Como consequência, à medida que uma região aumenta seu nível de desenvolvimento, maior será a importância relativa das mortes ocorridas na primeira semana ou no primeiro mês de vida (DUARTE, 2007).

Para entender melhor o complexo dinamismo que envolve a mortalidade infantil, reporta-se a Vermelho; Costa; Kale (2003, p.39) que define mortalidade infantil como:

Óbitos ocorridos ao longo do primeiro ano de vida, antes de se completar a idade de um ano, é comumente medido pelo coeficiente de mortalidade infantil que é adquirido dividindo-se o número de mortes em menores de um ano pelo número de nascidos vivos, dentro de um período determinado.

O período de vida pré, pós e neo-natal da criança está cada vez mais sendo estudado e questionado, pela relação que apresenta com a qualidade de vida e de saúde que é oferecida à população, em especial nesta faixa etária. Sabe-se que o risco de morte varia ao longo do primeiro ano de vida, principalmente quando são consideradas as causas de óbito e seus respectivos fatores determinantes.

Esses fatores segundo Duarte (2007) estão relacionados com as condições biológicas maternas e infantis (idade da mãe, paridade, intervalo entre os partos,

prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo no crescimento intra-uterino etc.); condições ambientais (existência dos serviços de saúde e do acesso da população a eles, abastecimento de água potável e saneamento básico adequados, poluição etc.) e, fundamentalmente, as relações sociais que organizam a vida concreta das pessoas (moradia, trabalho, renda, nível de informação, proteção social etc.).

No sentido de melhor entender o processo saúde-doença que envolve a mortalidade infantil, esta é subdividida em períodos. Um dos objetivos da subdivisão em períodos é permitir a avaliação do impacto das medidas de saúde adotadas para o seu controle. Por este motivo, é clássico dividir o primeiro ano de vida em dois períodos: neonatal e pós-neonatal (PEREIRA, 1999).

A fase que compreende os períodos pré, trans e pós-parto imediato é denominada de período perinatal.

2.1.1 Mortalidade Neonatal

De acordo com Pereira (1999, p. 127), o período neonatal compreende as quatro primeiras semanas de vida extra-uterina. O coeficiente de mortalidade neonatal indica o risco que uma criança nascida viva tem de morrer nos primeiros 28 dias de vida. Este período é subdividido em: neonatal precoce, que inclui os óbitos de crianças com idade de zero a 6 dias; neonatal tardio, que corresponde às três semanas seguintes. É na primeira semana de vida que as causas de morbimortalidade ligadas à gestação e ao parto surgem com maior intensidade. No período neonatal tardio, as causas ambientais já começam aparecer com maior frequência nas estatísticas, expressas pelas infecções respiratórias e gastrintestinais.

No período neonatal precoce os fatores de risco mais comuns são a prematuridade, asfixia durante o parto, infecções neonatais e o baixo peso da criança ao nascer. De acordo com Minagawa *et al.* (2006), a OMS estima que nos países desenvolvidos, cerca de dois terços dos recém nascidos de baixo peso sejam prematuros, enquanto um terço é pequeno para idade gestacional. Essa relação se

inverte nos países pobres onde aproximadamente 75% dos recém-nascidos de baixo peso são pequenos para a idade gestacional.

Nesses países, o baixo peso ao nascer está fortemente associado às condições de pobreza, má nutrição crônica materna e consumo alimentar insuficiente. Tendo como perspectiva a determinação social do processo saúde-doença, pode-se afirmar que o complexo encadeamento da rede de variáveis envolvidas na ocorrência do baixo peso ao nascer tem sua gênese nas precárias condições de vida e trabalho em que nascem, crescem e vivem parcelas consideráveis de nossa população. Dessa maneira, os numerosos determinantes do baixo peso ao nascer, podem ser considerados quase totalmente mediados pelas condições de vida.

No Brasil, a precária situação perinatal guarda relação com o acesso à assistência pré-natal e ao parto, e evidencia as dificuldades impostas socialmente à gestante, impossibilitando-a de freqüentar o pré-natal dentro de condições adequadas. Entre as dificuldades referidas, encontra-se o horário de funcionamento dos serviços que, muitas vezes, coincide com o de trabalho das gestantes (MINAGAWA *et al*, 2006).

Essas situações preestabelecidas evidenciam a necessidade de buscar, cada vez mais através de estudos, conhecer as causas e fatores que interferem nesta realidade que ainda é tão alarmante no país. Provavelmente, o desenvolvimento econômico, cultural, social e educacional, são responsáveis por esta realidade, bem como o inverso também, isto é, há uma co-relação entre os fatores que interferem e portanto, dependendo do contexto analisado ambos podem ser causas e conseqüências.

Diante de alguns dados comprova-se que o peso ao nascer continua sendo o mais importante fator de risco diretamente ligado à mortalidade infantil. Crianças de baixo peso seguem morrendo 12 vezes mais do que as de peso adequado. Entre as crianças de baixo peso, as nascidas pré-termo apresentam risco substancialmente maior do que aquelas com retardo de crescimento intra-uterino, segundo Menezes *et al* (1996), num estudo realizado em Pelotas-RS, este fator poderá ser diminuído a partir do momento que se tem este conhecimento e assim delimitar e definir um

plano de ação capaz de suprir as necessidades, geralmente numa atenção primária e de baixo custo para os gestores municipais, estaduais e federais.

De acordo com Cochran (2000), o valor geralmente aceito de baixo peso ao nascer é de menos que 2.500 kg. Esses recém-nascidos podem, além disso, ser classificados pela maturidade e peculiaridade relativas à idade gestacional. Assim, um recém-nascido poderá ser: prematuro, mas ter tamanho apropriado para a idade gestacional (pré-termo AIG); prematuro, mas com baixo peso para a idade gestacional (pré-termo PIG); a termo, porém pequeno para a idade gestacional (a termo PIG). São consideradas crianças pequenas em qualquer idade gestacional aquelas com menos de 1.500 kg ao nascer.

Cochran (2000) diz ainda que a prematuridade ocorre quando a criança nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas. A partir das definições, percebe-se a prioridade que tal assunto apresenta quando um determinado contexto é estudado e dados semelhantes são conhecidos. Então é primordial salientar que o baixo peso ao nascer atua como um importante fator de risco para a mortalidade e a desnutrição infantil.

De acordo com Victora; César (2003, p. 430), “[...] o baixo peso ao nascer é determinado por dois processos distintos: a duração da gestação e a velocidade de crescimento fetal [...]”. Os mesmos autores complementam dizendo que no Brasil, cerca de metade dos recém-nascidos de baixo peso ao nascer é prematura e, destes, metade sofreu retardo de crescimento intra-uterino restrito. Sabe-se que todo o retardo exige uma atenção diferenciada à criança, bem como maior ônus para o orçamento dos recursos oriundos do SUS para atender problemas e complicações que essa criança possa desenvolver durante seu crescimento e desenvolvimento. Orçamento este que muitas vezes não consegue suprir ações de saúde, a nível primário, secundário e terciário.

Exemplificando ainda a complexidade do assunto, pode-se citar Scowitz; Santos (2006, p.1126), os quais reafirmam que as principais causas de parto prematuro incluem infecções genitais, partos múltiplos, hipertensão materna, baixo IMC pré-gestacional, disfunções uterinas e trabalho materno pesado. Também relatam que as principais causas de crescimento intra-uterino restrito são: baixo

consumo de calorias durante a gestação, fatores étnicos, baixo índice de massa corporal pré-gestacional, baixa estatura materna e tabagismo. Algumas das causas citadas poderão sofrer a intervenção de equipe multiprofissional, juntamente com as autoridades locais e regionais para que haja a implantação de projetos que tenham como objetivo promover mudanças.

Essas mudanças num primeiro momento devem ter o objetivo de aumentar o peso das crianças ao nascer, que é reduzido pela combinação de uma série de problemas diferentes e requer intervenções distintas. Um dos meios mais eficazes para reduzir o número de casos de baixo peso ao nascer e de prematuridade é a atenção pré-natal, pois durante este acompanhamento, podem ser identificados alguns fatores de risco, tais como anemia, desnutrição materna e tabagismo.

A asfixia e a anóxia são também causas freqüentes de morte no período neonatal e de distúrbio no desenvolvimento infantil, as quais podem ser prevenidas pela identificação e tratamento dos fatores desencadeantes ainda durante o pré-natal, pois podem ser conseqüências de doenças maternas causadas por problemas ligados à placenta e ao cordão umbilical (SANTOS; FERLIN, 2000).

A prevenção da asfixia e da anóxia neonatal depende de um monitoramento feito durante e após o trabalho de parto, tal como a avaliação das condições de nascimento e desenvolvimento da criança do primeiro ao quinto minuto através dos critérios da escala de Apgar (instrumento utilizado para medir o grau de vitalidade da criança ao nascer, no qual é indicado uma nota que varia de zero a dez, conforme as condições de nascimento da criança). Nessa escala, o escore de 7 a 10 é considerado normal, de 4 a 6 indica depressão leve e de 0 a 3, depressão grave (ALMEIDA; SANTOS, 2000).

De acordo com o escore obtido na primeira e na segunda avaliação, os profissionais da saúde têm condições de encaminhar ações no sentido de melhorar a atenção de acordo com as necessidades de cada criança. Sendo que para intervir nas intercorrências surgidas nesse período, há necessidade de recursos humanos capacitados e de um sistema de referência obstétrica, inclusive com UTI-Neonatal para limitar a morbimortalidade associada com a asfixia neonatal (ALMEIDA; SANTOS, 2000).

Fatores importantes e que merecem destaque quando se pensa em mortalidade infantil no período neonatal se referem ao local e ao tipo de parto.

Segundo Victora; César (2003), mais de 90% de todos os partos no Brasil acontece em hospitais, variando entre 81,9% no Norte e 97,4% no Sul. Ao lado disso, o coeficiente de cesarianas no Brasil é um dos mais elevados do mundo, alcançando 36,4% do total de partos; é mais baixo no Nordeste (20,4%) e no Norte (25,5%), e representa quase a metade do total de partos das demais regiões. O fato prioritário não é o local de realização dos partos, porém o tipo de procedimento, se cesariana ou parto normal.

A situação relacionada com as cesarianas é mais complexa. Os níveis baixos de cesarianas aumentariam a mortalidade, por exporem recém-nascidos ao risco de traumatismos obstétricos e de anóxia e hipóxia. Por outro lado, coeficientes altos de cesariana indicam que muitas dessas cirurgias são voluntárias e até desnecessárias (VICTORA; CÉSAR, 2003).

As políticas de saúde relacionadas a gestante, possuem como prioridade a atenção ao pré-natal e ao incentivo ao parto natural (normal). Programas abrangendo esse atendimento estão sendo reforçados na maioria das instituições de saúde do país, principalmente nas que não apresentam um ambiente terapêutico adequado para a realização do procedimento. Um atendimento de qualidade poderá mudar esta realidade, mas o mesmo somente ocorrerá através de planejamento, no qual haja a orientação da gestante, bem como sua conscientização quanto a importância de realizar todos os exames durante o pré-natal, incentivo ao parto normal e ao aleitamento materno. As melhorias no atendimento ao pré-natal, parto e aos recém-nascidos, com certeza levarão à redução da mortalidade tanto materna como infantil.

Estudos de Poles; Parada (2002), em relação a escolaridade da mãe, apontam a existência de uma relação entre o nível educacional da mãe e a mortalidade infantil, tendo como explicação para esta afirmativa que a mãe com maior grau de escolaridade torna-se mais sensível às campanhas de educação em saúde. O UNICEF (2008) divulgou um levantamento realizado o qual cruzou dados de escolaridade das mães com a taxa de mortalidade infantil. A relação é direta:

entre as mães com menos de 4 anos de estudo, a taxa é de 34,9 mortes no primeiro ano de vida, a cada mil bebês nascidos vivos. Nada menos do que 131% maior do que a taxa de mortalidade entre mães com oito anos ou mais anos de escola, que é de 15,1.

Vários outros fatores interferem neste contexto, por exemplo, nas famílias cujas mulheres estudaram mais, a renda tende a ser maior. Conseqüentemente, as condições de vida são melhores, do saneamento básico ao atendimento médico das gestantes, passando por melhor alimentação, vacinação e acesso a creches e pré-escolas. Não é ao acaso que as outras três variáveis do IDH são justamente a vacinação dos bebês menores de 1 ano, o atendimento pré-natal e as matrículas na pré-escola.

Além disso, sabe-se que os problemas de saúde da mãe também repercutem na saúde do feto e, por este motivo, faz-se necessário um acompanhamento pré-natal rigoroso e de início precoce, caso se deseje reduzir os índices de mortalidade infantil nesse período.

O processo educativo-cuidativo é prioritário. Precisa ser implantado pelas políticas públicas de saúde, não só num instante e depois deixadas de lado, ou esquecidas, mas cada vez mais enfatizadas para que ocorra uma mudança no comportamento da gestante e, posteriormente na sua atitude de cuidar do recém-nascido. Também é relevante incentivar o parto normal e salientar as complicações de um parto por cesariana, os cuidados referentes ao recém nascido quanto a alimentação e higiene, informando sobre as principais patologias e complicações tanto da mãe como da criança, quando não se faz um pré-natal adequado.

As iniciativas relacionadas ao setor primário da saúde, como a implantação do Programa de saúde da Família, levaram comunidades e principalmente as gestantes, à conscientização da importância do pré-natal e da utilização dos serviços oferecidos à população. Uma simples consulta poderá detectar problemas num estágio inicial ainda a tempo de serem sanados, evitando danos ao recém nascido, em especial o retardo no crescimento e a mortalidade.

A respeito da assistência ao parto, há estreita relação entre a qualidade com que é prestada e a mortalidade infantil precoce, pois os problemas decorrentes do

parto, quando realizado com técnicas inadequadas, têm repercussões sobre o recém-nascido durante os primeiros dias de vida, sendo raros os problemas decorrentes do parto, induzirem ao óbito num período superior a quatro semanas (BARROS; VICTORA; VAUGHAN, 1987).

2.1.2 Mortalidade Pós-Neonatal

Na definição da mortalidade pós-neonatal incluem-se os óbitos ocorridos no período que vai de 28^o dia de vida até o 12^o mês, isto é, antes da criança completar um ano de vida (PEREIRA, 1999 p. 126).

Muitos estudos mostram que, ao se comparar diferentes países, verifica-se que quanto melhor o nível de saúde da população tanto menor é a proporção de óbitos pós-neonatais, mais sensíveis às condições socioeconômicas e ambientais. As causas de óbitos pós-neonatais são originadas do choque entre crianças e o seu meio ambiente. A diarreia, as infecções respiratórias, a desnutrição e as doenças que são prevenidas por imunização, são as causas mais comuns de óbitos nesta faixa etária (PEREIRA, 1999 p. 126).

As crianças que convivem em um ambiente de condições precárias, que as coloquem em risco, apresentam maior probabilidade de serem contaminadas e infectadas por patologias virais, bacterianas, fúngicas e por parasitoses. Existindo como fator principal, a desnutrição, que as torna mais susceptíveis a adquirir doenças.

De acordo com Telarolli Junior (1997), na história alimentar do crescimento e desenvolvimento das crianças, da introdução de outros alimentos e sua eventual contaminação durante o preparo, surge a diarreia. As regiões, como Norte e Nordeste, onde a oferta de serviços de saneamento básico é insuficiente, principalmente de água encanada, a diarreia é a maior causa de morte entre as crianças.

É fundamental afirmar que intervenções simples, de alta efetividade e baixo custo, como o uso dos sais para hidratação oral em casos de diarreia, diminuem o

componente infantil tardio da mortalidade rapidamente, uma vez que a diarreia é uma importante causa de morbimortalidade em crianças abaixo de cinco anos nos países em desenvolvimento. De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil, a doença diarreica responde por quase um terço da mortalidade infantil, sendo que há fortes variações regionais. Na região Nordeste, essa é uma das principais causas de morte entre as crianças menores de um ano, enquanto que a região Sudeste, responde por cerca de 6% dos óbitos nesta faixa etária (UNICEF, 2008).

Segundo Pereira; Cabral (2008), as diarreias são consideradas grave problema de saúde pública, pois fazem parte das principais causas de morbimortalidade infantil. Relatam ainda que na atualidade, em escala mundial, ocorrem um bilhão de episódios diarreicos por ano, causando 3,3 milhões de mortes. A mortalidade infantil destaca-se com uma taxa média mundial de 72 óbitos por mil NV, indicando que de cada 10,6 % das crianças, uma morre antes de completar um ano, pois a consequência mais grave e imediata das diarreias é a desidratação e consequentemente a desnutrição.

Constata-se que o fator nutricional é melhor distribuído na região Sudeste do que no Nordeste e que isto faz com que as necessidades calóricas insuficientes interfiram na resposta imunológica da criança, tornando-a doente. Diante do exposto fica evidente que a região Sudeste apresenta um desenvolvimento regional superior ao Nordeste e consequentemente este interfere significativamente na qualidade de vida e de saúde da criança e da população em geral, independente da faixa etária e de patologias, coeficientes de mortalidade estão direta ou indiretamente relacionados ao desenvolvimento local e regional. Para argumentar tal aspecto da mortalidade infantil cita-se Victora; Cesar (2003), os quais afirmam que as mortes por diarreia são praticamente 100% evitáveis e, na região Sul, somente um em cada 1.000 lactentes morre por diarreia.

A MDDA consiste na coleta sistemática de dados referentes aos casos de diarreias atendidos nas unidades de saúde. Seu objetivo é capacitar o nível local com recursos e atitudes ágeis e simplificadas, que lhe permitam descobrir alterações nas condições sanitárias (inadequação da água para consumo humano, destino dos

dejetos e lixo, falta de higiene pessoal e preparo de alimentos) através do comportamento anormal das doenças diarréicas.

Para que as diarréias sejam identificadas e controladas é preciso que haja monitoramento dos casos. Houve em nível nacional, um avanço a partir de 1998 na monitorização de doenças diarréicas agudas.

A análise rotineira das informações pelos profissionais de saúde permite identificar mudanças nos padrões das diarréias, tais como: aumento ou concentração de casos em determinada área geográfica, maior número de ocorrência em uma faixa etária ou aumento de casos graves. Quando necessário poderão ser feitas investigações, estudos ou pesquisas para auxiliar na compreensão de medidas a serem adotadas para controlar as alterações desse comportamento.

Com a implantação desta proposta houve uma intervenção mais rápida e eficaz desse controle. As crianças com diarréia recebem soluções reidratantes ou uma quantidade maior de líquidos, havendo melhoras acentuadas em crianças menores de um ano levadas aos serviços de saúde, prevenindo mortes por diarréia. Isso se deve ao treinamento de profissionais de saúde no manejo apropriado em casos de doenças diarréicas.

Outras doenças são causas freqüentes de mortalidade, como IRA, do trato respiratório superior (faringite, amigdalite, sinusite, otite média) e inferior (pneumonia, bronquite). As mesmas representam importante fator de risco na mortalidade pós-neonatal e são causadas por diversos vírus e bactérias. As mais importantes que afetam as crianças são as causadas pela bactéria pneumococo e pelo vírus *Haemophilus influenzae*, causadores principais das pneumonias bacterianas (CORREIA; MCAULIFFE, 1999).

Os mesmos autores afirmam que, essas infecções, e as demais que não são diagnosticadas previamente, em especial nas unidades básicas de saúde, além da necessidade da internação hospitalar, podem elevar as taxas de mortalidade infantil em menores de um ano.

Para Correia; Mcauliffe (1999), depois da diarreia, a IRA, em crianças, é a causa mais freqüente de atendimento ambulatorial, internamento hospitalar e de mortalidade infantil e perinatais.

No que se refere à prevenção da mortalidade infantil, segundo Telarolli Junior (1997), uma das maiores conquistas do Brasil nos últimos dez anos é o nível de imunização atingido pela adequada cobertura vacinal contra coqueluche, difteria, tétano, sarampo, tuberculose e poliomielite. Os índices de imunização cresceram, resultando em uma vida mais saudável para as crianças.

Através das campanhas de vacinação, está havendo uma conscientização paralela das pessoas quanto a necessidade de receber as vacinas, as quais são responsáveis pela prevenção das principais patologias que afetam as crianças. O esquema básico de imunização é de fácil acesso, e está disponível em todos os postos de saúde em nível nacional, sendo intensificado e aprimorado a cada dia de acordo com a realidade epidemiológica de cada região.

Ragugnetti (2002), afirma que já está comprovado que um sistema imunológico intacto, em uma pessoa bem nutrida e saudável fornece proteção básica contra doenças infecciosas. A imunidade intacta implica que o sistema imunológico não tenha sofrido qualquer dano por doença ou medicamento. Além das infecções e medicações, há evidências de que a depressão e a solidão podem suprimir o funcionamento normal do sistema imunológico. Ainda para o referido autor, é de fundamental importância para garantir uma boa imunidade, que toda criança receba as vacinas que fazem parte do esquema básico de vacinação preconizado pelo PNI.

Sabe-se que a imunidade natural ou adquirida possui as respostas imunológicas essenciais para o organismo humano se defender diante dos agentes invasores externos, sendo que as vacinas foram um marco importante e fundamental na prevenção das doenças e na redução da mortalidade infantil (RAGUGNETTI, 2002).

Correia; Mcauliffe (1999) ressaltam que a alimentação natural, ou seja, o aleitamento materno deve ter preferência sobre qualquer outro tipo de alimento, pois a imunidade natural é fornecida pelo mesmo. O aleitamento materno possui papel

importante na prevenção da mortalidade infantil, protegendo contra a desnutrição, a diarreia, as infecções respiratórias agudas e a meningite, e deve ser prioritário no primeiro ano de vida, devendo ser exclusivo até seis meses de idade, podendo ser oferecido às crianças até os dois anos de idade.

Há quatro décadas o aleitamento materno era algo comum e não havia a necessidade de campanhas de conscientização às mães sobre a importância da amamentação para a saúde do seu filho. Porém, o que se observa atualmente no país é a mulher, cada vez mais atuante no mercado de trabalho, ocupando o seu espaço, com liberdade e capacidade de decidir sobre o seu corpo, isto inclui a amamentação, havendo com isso a necessidade de lançar mão de outros meios de substituição ao aleitamento materno, como o uso de leites artificiais, tão fáceis de serem adquiridos no mercado. Esse aspecto relacionado a amamentação que em um país emergente como o Brasil, precisa ser revisto, tentando buscar novos comportamentos e políticas que favoreçam e facilitem o relacionamento mãe e filho, priorizando o aleitamento materno, pois as vantagens da prática do mesmo, para ambos é de fundamental importância.

De acordo com o UNICEF (2006), as mães brasileiras amamentam seus filhos exclusivamente com leite do seio por apenas 33,7 dias, em média. Na região Sul há o melhor índice (53,1 dias), seguida do Nordeste (38,2 dias). As capitais da região Sudeste têm o pior índice: 17,2 dias. O Brasil tem muito que melhorar em relação ao aleitamento materno. Entre os esforços para garantir que a criança receba leite materno pelo menos até o sexto mês de vida, tem sido iniciativa dos serviços públicos e privados. Um exemplo disso foi a criação dos hospitais amigos da criança que, além do estímulo e da promoção do aleitamento materno, oferecem outros benefícios para crianças, mães e equipes de saúde, uma vez que devem oferecer alojamento conjunto e acompanhamento humanizado. Entretanto, em um País com aproximadamente 4.500 maternidades, ainda é preciso esforço para acelerar o credenciamento, pois muitos hospitais não conseguem se adequar as condições exigidas pelo Ministério da Saúde para conseguir o título.

Hospitais e Instituições de Ensino Superior surgem como alternativa viável com projetos que envolvem o incentivo ao aleitamento materno, mas ainda ocorrem

poucas iniciativas privadas e de parcerias. O que se observa é que em nível de serviços públicos de saúde, tal situação será mais demorada, salvo se essas parcerias se multiplicarem no contexto atual.

É importante a conscientização de que o problema é geral, atingindo todos os segmentos da sociedade, ou seja, social, cultural, econômico, educacional, político, ético e histórico, por falta de um investimento considerável na saúde preventiva no país.

Em um estudo realizado por Toma; Monteiro (2001, p. 410) sobre a promoção do aleitamento materno em maternidades públicas e privadas do município de São Paulo, identificou-se que as práticas como: separação desnecessária de mães e recém-nascidos, restrição na duração e frequência das mamadas, uso de alimentos pré-lácteos e suplementos, são observados com alta frequência, sendo consideradas prejudiciais na amamentação. Tais afirmações servem de alerta para que os profissionais de saúde envolvidos neste processo façam uma reflexão quanto ao processo educativo-cuidativo que tal demanda exige, e então novas possibilidades de intervenções sejam estabelecidas com o objetivo de diminuir as práticas atuais e implementar outras capazes de interferir de maneira significativa neste aspecto de cuidar do outro.

Há uma co-responsabilidade dos profissionais da área de saúde, tanto dos que trabalham nos postos de saúde, como dos hospitais, quanto a falta de conscientização da mãe em relação ao aleitamento materno, pois um pré-natal adequado, fará com que ela se sensibilize e esteja capacitada para amamentar seu recém-nascido. Por isso, no momento da internação deverá ser realizada uma intervenção pelos profissionais de saúde que trabalham nos hospitais, no sentido de ressaltar sobre os benefícios da amamentação, ensinar técnicas utilizadas para melhor amamentar e incentivar as mães a continuarem amamentado depois da alta hospitalar, orientar que não deve ser oferecido para a criança suplementos e outros alimentos. A mãe neste momento, por todas as mudanças sofridas na sua vida e organismo, não consegue refletir sobre as vantagens do leite e desiste de esperar a decida do mesmo. Essas orientações devem ter continuidade e o acompanhamento

dos agentes comunitários de saúde e equipes de programas de saúde da família, depois da alta hospitalar da mãe e da criança.

Discussões frente a iniciativas e medidas que devem ser tomadas para a redução cada vez maior da mortalidade infantil, evolui a cada dia. O campo de atuação é extenso e envolve principalmente a melhora na qualidade de vida das crianças. As políticas públicas saudáveis exigem a ação intersetorial, e uma nova institucionalidade social, bem como algumas estratégias e iniciativas capazes de operacionalizar sua interação, para com isso proporcionar desenvolvimento local.

Da mesma forma, sabe-se que componentes da vida social contribuem para uma vida com qualidade e são fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde, e nesse contexto inclui-se a mortalidade infantil. É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.

A seguir trataremos de expor programas e ações que com a sua implantação ou implementação, tiveram influência na redução da mortalidade infantil. Elas fizeram e fazem parte do desenvolvimento da promoção da saúde, centrando a sua atenção em estratégias promocionais, que, a partir de proposições do setor saúde, apresentam-se como promissoras para o incremento da qualidade de vida das crianças, sobretudo em formações sociais com alta desigualdade sócio-sanitária.

2.2 PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE QUE INFLUENCIAM NA MORTALIDADE INFANTIL

Pode-se afirmar que um dos avanços na área preventiva e que vem somando esforços para a redução da mortalidade infantil no Brasil foi a implantação do PSF, em 1994, através de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o UNICEF. Este programa vem sendo implantado em todo o País, com a finalidade de viabilizar

mudanças no modelo assistencial prevalente, por meio do fortalecimento e da reorganização da atenção básica e, a partir daí, dos demais níveis de atenção à saúde da população.

Segundo Costa; Carbone (2004), a saúde da família é a estratégia que o Ministério da Saúde escolheu para reorientar o modelo assistencial do SUS a partir da atenção básica. Esta estratégia foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do PACS. Em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes, incorporando a atuação dos agentes na proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas.

Costa; Carbone (2004, p.8) ressaltam ainda que, segundo o Ministério da Saúde, uma unidade de saúde da família se destina a “[...] realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário de atenção [...]”.

Acredita-se que as unidades básicas sejam capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em suas comunidades, prestando atendimento de qualidade, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (COSTA; CARBONE, 2004).

Silva (2003, p.16), ressalta que os eixos de sustentação do PSF concentram-se em três características:

- 1 – a racionalidade técnica e econômica no sistema de saúde, ao perseguir o aumento da atenção em nível básico e propiciar uma utilização mais adequada dos níveis secundários e terciários;
- 2 – a humanização do atendimento, em várias expressões e significados, entre os quais a recuperação do vínculo na relação profissional de saúde-indivíduo, família e comunidade;
- 3- o caráter integral do atendimento, nas perspectivas de abordagem do indivíduo em sua dimensão biopsicossocial, em sua relação com a família e com a comunidade, e na inter-relação com outros setores, visando a promoção, proteção, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde.

O mesmo autor afirma que as experiências já vivenciadas pelas equipes de programas de saúde da família, demonstram que mulheres e crianças podem se beneficiar rapidamente dos serviços integrados, influenciando na mortalidade infantil. Ou seja, com a melhora de acesso aos programas obrigatórios instituídos pelo Ministério da Saúde e que fazem parte do Programa de saúde da Família.

As ações que estão envolvidas dentro desses programas de saúde da criança são: vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança, orientação alimentar, prevenção de doenças imunopreveníveis, assistência às doenças prevalentes na infância, atenção psicossocial e pedagógica, prevenção de acidentes, cuidados com a audição e a visão. Todos esses programas precisam construir uma interação com a família para conquistarem sua confiança e colaboração (COSTA; CARBONE, 2004).

Uma das ações que contribuiu para que os dados em relação ao número de nascimentos e óbitos de cada região fossem mais corretos, proporcionando assim obter um coeficiente de mortalidade mais fidedigno, foi a implantação do SINASC e do SIM, dando subsídios para que as investigações de causas de óbitos fosse possível, possibilitando assim a sugestão de propostas para a redução da mortalidade infantil.

Apesar disso, é fácil constatar que há situações que contribuem para piorar a problemática da mortalidade infantil. Entre elas estão a falta e a qualidade dos registros de nascimentos e óbitos, que epidemiologicamente ainda são falhos. As informações que chegam até o sistema para serem computadas nem sempre condizem com a realidade, fato que pode mascarar a situação. Esses registros são indispensáveis para que a partir do seu conhecimento, medidas e ações sejam planejadas e concretizadas. No Brasil e na maioria das cidades o planejamento é realizado com dados estatísticos que dificilmente traduzem a realidade e, portanto, os resultados esperados nem sempre são alcançados. De forma que, quanto maior for a exatidão e a precisão dos dados estatísticos, maior será a probabilidade de o planejamento obter os resultados significativos diante da realidade.

Outra ação que certamente influenciou na redução da mortalidade infantil foi a implantação de programas sociais como por exemplo, o Programa Bolsa Família, criado pelo governo federal em 2003, a partir da unificação dos programas de transferência de renda existentes no País. Este programa concede benefícios mensais às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza (UNICEF, 2006).

A construção de cisternas no Semi-Árido, o Leite Fome Zero, programa de suplementação alimentar são ações voltadas diretamente aos cuidados de crianças

em risco de adoecer e morrer, ações preventivas de capacitação de pessoal e multiplicação de informações sobre o desenvolvimento infantil, contribuem significativamente na redução da desnutrição e mortalidade das crianças.

A pobreza no Brasil, assim como no resto do mundo, atinge principalmente as crianças. A pobreza causa mortes que poderiam ser evitadas, bem como a fome, a evasão escolar e a exploração do trabalho infantil. Intimamente relacionadas à pobreza estão às oportunidades de inclusão no mercado de trabalho e o acesso aos serviços públicos de saúde, educação, água, saneamento e habitação. No saneamento, por exemplo, apenas um terço dos domicílios pertencentes aos 40% mais pobres contam com condições consideradas adequadas de abastecimento de água e esgoto sanitário, enquanto entre os mais ricos a disponibilidade desse serviço sobe para 80%. Essa condição reflete-se diretamente nos índices de mortalidade infantil do país (TELAROLLI JUNIOR, 1997).

Os dados acima citados comprometem cada vez mais as crianças dos países pobres e emergentes como o Brasil. Há todo um contexto histórico, cultural, econômico, educacional e estrutural que cria e recria as condições descritas e que, na maioria das vezes, não têm políticas públicas que possam mudar a realidade estabelecida. Em comunidades menores onde há preocupação com a saúde da população, aos poucos haverá mudança quanto ao entendimento sobre a importância de ter um saneamento básico eficiente, educação de qualidade, habitação e outros, culminando com um processo mais rápido de crescimento e desenvolvimento.

Quanto a saúde pública e suas políticas específicas, há as que são implementadas e outras implantadas. O Brasil apresenta, ainda, alto índice de patologias sexualmente transmissíveis nos recém nascidos. É preciso ressaltar a AIDS no que diz respeito à transmissão vertical, ou seja, a transmissão intra-útero e intra-parto de mães infectadas pelo HIV para a criança. O leite materno é um meio de transporte do vírus.

Segundo Carvalho *et al.* (2004), a transmissão vertical é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil. No Brasil, esta forma de transmissão é responsável por mais de 90% dos casos notificados de AIDS. Isso ocorre, entre

outros motivos, porque a cobertura de realização de testes para o HIV no período pré-natal é muito inferior ao desejado, sendo ainda menor nas gestantes mais vulneráveis para a infecção pelo HIV, em decorrência, principalmente, de fatores como a baixa adesão ao pré-natal. Em outras palavras, para a maioria das gestantes portadoras do HIV, a única oportunidade de acesso à avaliação sorológica, aconselhamento e profilaxia da transmissão vertical é na hora do parto.

Estima-se que 15 a 30% das crianças, nascidas de mulheres infectadas, adquirem o vírus por não ter sido realizada a profilaxia. Sabe-se que a intervenção com drogas anti-retrovirais (ARV) durante a gravidez, no trabalho de parto e no início da vida do recém-nascido, reduz de maneira importante a transmissão vertical (50 a 70%).

De acordo com o mesmo autor, a incidência de infecção pelo HIV nas mulheres atendidas nas maternidades de Porto Alegre-RS é de aproximadamente 2 a 3%. Estima-se que 33,6 milhões de pessoas no mundo apresentam a infecção pelo HIV ou AIDS. Nos Estados Unidos, estima-se que 6.000 a 7.000 mulheres infectadas dão à luz anualmente.

Se o pré-natal for realizado adequadamente, este índice tende a diminuir em todas as situações descritas, pois haverá acompanhamento à mãe e ao feto. O que se observa é que as vezes a gestante, não tem um comprometimento quanto a realização do acompanhamento do pré-natal e abandona-o, alegando os mais diversos motivos. E quando a equipe de saúde realiza a busca ativa, isso é, localiza a gestante para que a mesma possa prosseguir com as consultas, a intervenção poderá já não ser satisfatória como o esperado.

Essas ações e programas acima descritos interferiram na mortalidade infantil, pois se observou que a partir da implantação e intensificação dos mesmos o panorama da mortalidade infantil no município de União da Vitória obteve uma modificação.

A seguir será apresentado e descrito a situação da mortalidade infantil em nível mundial.

2.3 PANORAMA DA MORTALIDADE INFANTIL

A mortalidade infantil varia muito de um país para outro, refletindo as condições sociais e de saúde de uma população. Quase como regra, ela apresenta valores menores nos países mais ricos, onde as condições de vida são mais favoráveis. Segundo Telarolli Junior (1997), nos países menos desenvolvidos, a mortalidade infantil chega a ser até quarenta vezes maior do que nos desenvolvidos.

A afirmativa acima serve para deixar evidente que a mortalidade infantil resulta das condições do contexto e que o desenvolvimento desta, em particular, se dá numa comunidade onde há uma renda per capita mais igualitária.

Há uma proporcionalidade entre saúde e desenvolvimento e vice-versa, pois ambos integram um processo humano e, portanto interagem de várias maneiras. Nos países pobres e emergentes, devido as condições construídas historicamente e pré-estabelecidas atualmente, pautadas pela globalização, o acesso aos serviços de saúde, e as condições de vida não estão sendo melhoradas com a intensidade e a necessidade que deveriam ser e ter dentro do contexto.

De acordo com o UNICEF (2008), todos os países deverão reduzir sua taxa média de mortalidade infantil em 4,4% ao ano, entre 1990 e 2015. Em uma avaliação por país, as perspectivas são pouco identificadas. Em termos globais, dos 191 países que dispõem de dados adequados para uma comparação da mortalidade infantil no período de 1990 a 2006, o UNICEF estima que 129 estejam no rumo de alcançar a redução da mesma, tendo registrado redução na taxa de mortalidade de menores de 5 anos para menos de 40 por mil nascidos vivos, ou tendo atingido uma taxa média de redução anual de no mínimo 3,9% desde 1990, ou já tenham alcançado o objetivo de redução da mortalidade infantil previsto para 2015.

Cerca de 18%, ou seja, 35 países, estão realizando progressos, porém, em ritmo insuficiente para atingir plenamente o ODM dentro do prazo. O objetivo visa reduzir em dois terços a taxa global de mortalidade de menores de 5 anos entre 1990 e 2015. O cumprimento dessa meta ainda é possível, mas representa um desafio formidável. Atingir a meta significa reduzir o número de mortes infantis dos

9,7 milhões registrados em 2006 para cerca de 4 milhões até 2015 (UNICEF, 2008). Causam maior preocupação os 27 países que realizaram pouco progresso desde 1990, ou cuja taxa de mortalidade de menores de 5 anos permanece estagnada ou aumentou desde 1990.

Dos 46 países da África ao Sul do Saara, apenas Cabo Verde, Eritreia e Seichelas estão em condições de atingir o ODM, e em cerca de 50% dos países, em alguns não houve mudanças e em outros houve aumento nas taxas de mortalidade infantil desde 1990. Considerada em seu conjunto, a região conseguiu reduzir a mortalidade infantil em apenas 1% no período de 1990 a 2006. Para que o ODM seja alcançado, serão necessárias reduções de dois dígitos a cada ano até a data limite.

Individualmente, os países enfrentam diferentes desafios com relação à sobrevivência infantil, os quais, sem dúvida, são maiores para uns do que para outros. No entanto, realizações sugerem que a geografia não constitui uma barreira a ações que podem salvar a vida das crianças. Desde 1990, mais de 60 países conseguiram reduzir em 50% suas taxas de mortalidade de menores de 5 anos (UNICEF, 2008).

Segundo Ann M. Veneman, Diretora Executiva do Fundo das Nações Unidas para a Infância, a disseminação de intervenções básicas de saúde, que incluem aleitamento materno imediato e exclusivo, imunização, suplementação de vitamina A e utilização de mosquiteiro tratado com inseticida para prevenção da malária, são ações essenciais para a expansão do progresso para alcançar o objetivo de desenvolvimento do milênio, não só na África ao sul do Saara, mas em todas as outras regiões. Muitas ações são necessárias para ampliar o acesso a tratamentos e meios de prevenção para controlar o impacto devastador de condições como pneumonia, diarreia, malária, desnutrição aguda grave e HIV (UNICEF, 2008).

Sabe-se que é possível salvar vidas quando as crianças têm acesso a serviços de saúde baseados na comunidade, com a retaguarda de um sistema bem estruturado de instituições de referência. É preciso direcionar as ações para intervenções básicas no nível da comunidade, como parte dos esforços integrados para apoiar o estabelecimento de sistemas nacionais de saúde mais fortes. E,

principalmente, é preciso dar atenção às necessidades especiais das mulheres, das mães e das crianças recém-nascidas, evitando assim a mortalidade infantil.

No Brasil, há praticamente cem anos, a mortalidade infantil aproximava-se de 200 óbitos por mil nascidos vivos. Do início do século XX até a década de 1940, ela reduziu aproximadamente 20%, saindo de 200 por mil até alcançar valores próximos a 160 por mil. A partir dessa data, esse indicador de saúde passou a cair mais rapidamente, até chegar em torno dos 120 óbitos por mil nascidos vivos, em 1960 (TELAROLLI JUNIOR, 1997).

Ainda falando em mortalidade infantil no Brasil, Telarolli Junior (1997), afirma que um dos mais importantes avanços na última década foi a queda no índice da mesma, sendo que, em 1990, a taxa brasileira era de 64 mortes para cada 1000 crianças nascidas vivas. Em 1998, esse índice era de 36,1 por mil; embora a meta estabelecida de redução em um terço deste período não tenha sido alcançada pelo Brasil, o índice deveria chegar a 31,9 por mil.

No Brasil, segundo o IBGE (2008), a mortalidade infantil apresentou declínio. Em 1999 o coeficiente era de 31,8, em 2000 de 30,4 em 2001 de 28,7 em 2002 de 27,0 e em 2003, ficou em torno de 26,5 óbitos para cada mil nascidos vivos, o que representa uma redução de 8,6% no período de 2000 a 2003. Entre 1980 e 2003 e entre 1991 e 2003 as quedas foram de, respectivamente, 60,2% e 39,0%. Em 2004 o coeficiente ficou estabelecido em 26,0 em 2005 foi de 25,8, em 2006, 24,9 e 2007 24,1.

De acordo com o UNICEF (2006), a mortalidade infantil no Brasil, vem diminuindo ao longo dos anos. A taxa nacional diminuiu de 46,9 por mil nascidos vivos em 1990, para 24,9 por mil nascidos vivos em 2006; o que representa uma queda de 44,9% na mortalidade infantil. Esses dados colocam o Brasil no caminho para o cumprimento dos ODM. Pelos parâmetros da OMS, o Brasil apresenta uma taxa de mortalidade infantil considerada média, para o Ministério da Saúde, a partir de 50 por mil, as taxas são altas; médias entre 20 a 49; e baixas com menos 20 por mil nascidos vivos.

No Brasil, a mortalidade infantil tem apresentado acentuado declínio a partir da segunda metade da década de 1980, o que é atribuído, principalmente, à

diminuição dos óbitos no período pós-neonatal, que apresenta maior susceptibilidade às ações preventivas como o saneamento básico e imunizações. Mas no que diz respeito à mortalidade neonatal, estudos sobre alguns estados brasileiros evidenciam pequeno decréscimo ou até mesmo estabilidade, sobretudo para o componente neonatal precoce (SCHRAMM; SZWARCOWALD, 2000).

Ainda atualmente o componente neonatal precoce da mortalidade infantil se sobressai aos outros componentes.

De acordo com o IBGE (2006), aproximadamente 66% dos óbitos de menores de 1 ano ocorrem no primeiro mês de vida, sendo que 51% ainda nos primeiros seis dias de vida. As principais causas de óbito na primeira semana de vida estão relacionadas à prematuridade, asfixia durante o parto e infecções, fato que evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto. Os mesmos dados apontam que a Região Nordeste é a que apresenta as mais altas taxas de mortalidade neonatal precoce do País, com 15,3 por mil nascidos vivos. Nessa região, Alagoas e Paraíba possuem as maiores taxas (17,4 e 16,9 por mil nascidos vivos, respectivamente) (UNICEF, 2008).

Essa redução na mortalidade infantil é importante, mas precisa melhorar, para que o desenvolvimento social, local e regional possa ser analisado em todo seu contexto. Estima-se que um novo momento voltado para a saúde global é uma fonte de esperança. Existe interesse por parte dos setores público e privado para que haja um maior crescimento e desenvolvimento de todos os mecanismos que colaborem na mudança do quadro de saúde, tanto preventiva como curativa, que está estabelecido nas nossas regiões.

Apesar da queda no índice, ainda são identificadas as disparidades regionais nas taxas de mortalidade de crianças menores de um ano. Segundo o IBGE (2008), no Rio Grande do Sul, em 2006, a taxa de mortalidade infantil foi de 13,9 por mil; em Santa Catarina e no Paraná no mesmo ano a taxa foi de 16,6 por mil e 19,3 por mil, respectivamente. No outro extremo do Brasil estão os estados de Alagoas com 51,9 por mil e Maranhão com 40,7 por mil no mesmo ano.

Portanto, para se manter a queda na taxa de mortalidade infantil será necessário o trabalho intenso que resulte numa maior cobertura e melhoria do pré-natal, assistência ao parto e pós-parto que se traduz em melhor qualidade dos serviços de saúde, melhores condições hospitalares e melhoria na condição socioeconômica das populações mais carentes. Se políticas públicas com esses

objetivos não forem fomentadas no País, corre-se o risco de uma estagnação na taxa de mortalidade.

É importante notar que assim como no caso da subnotificação para os registros de nascimento, os dados para o cálculo da mortalidade neonatal precoce também podem estar subestimados, em decorrência principalmente da subnotificação de óbitos infantis nas regiões Norte e Nordeste.

A situação da mortalidade neonatal no Brasil se diferencia daquela dos países com reconhecido padrão de redução da mortalidade infantil, onde os óbitos infantis nesse período têm diminuído significativamente. A organização dos cuidados pré-natais em níveis de atenção básica e a adequação do local de nascimento em relação aos riscos mensuráveis da gravidez têm sido considerados como principais fundamentos da política de organização da atenção perinatal nesses países (SCHRAMM; SZWARCOWALD, 2000).

Apesar dos índices indicativos apontarem que melhoras na atenção à criança ainda têm que ser realizadas, a situação delas no Brasil tem melhorado de maneira significativa ao longo dos últimos quinze anos, com redução das taxas de mortalidade infantil, aumento dos índices de imunização e de acesso à escola.

Em 1988 o país aprovou uma nova Constituição Federal do Brasil na qual está prevista prioridade absoluta às crianças e adolescentes como dever da família, da sociedade e do Estado. Em 1990, foi aprovado o ECA, onde meninas e meninos são definidos como pessoas, sujeitos de direito em condição peculiar de desenvolvimento (PAULA, 2001).

Esses elementos somados devem melhorar a situação da infância brasileira com o delineamento de políticas públicas e programas de atenção que possibilitem inclusive a redução dos coeficientes de mortalidade infantil.

Uma das condições observadas quando se fala em redução dos índices de mortalidade infantil é a queda da taxa de fertilidade das mulheres brasileiras.

Segundo Berquo (2008), o Brasil vive um período no qual, pela primeira vez na história, o número de crianças de zero a seis anos decresceu; entre 1991 e 1999 a redução foi de 3,4% passando de 23,9 milhões para 23,1 milhões de crianças nesta faixa etária. Essa situação se estabeleceu pela implantação de políticas

públicas preventivas na área de planejamento familiar. Mas esta condição ainda é uma das preocupações no que diz respeito à situação mundial, principalmente com relação à gravidez na adolescência, onde aproximadamente quinze milhões de meninas entre quinze e dezenove anos têm filhos, sendo responsáveis por mais de 10% de todos os bebês nascidos no mundo (UNICEF, 2008).

No estado do Paraná, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde, em 1999 o coeficiente de mortalidade infantil foi de 19,53 óbitos por mil nascimentos, tendo uma contínua redução ao longo dos anos, de acordo com dados preliminares, chegou em 13,1 no ano de 2007. Cita ainda que, para cada recém-nato que vai a óbito, outros quatro desenvolvem algum tipo de seqüela que interfere na qualidade de suas vidas (PARANÁ, 2008).

No ano de 1997 a mortalidade no período neonatal precoce no Estado do Paraná concentrava 56% das mortes infantis, por esse motivo o mesmo procurou intensificar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de risco biológico e social. Já no período pós-neonatal, intensificaram-se as ações básicas, como a vacinação, nutrição e saúde bucal. Essa foi uma proposta de intervenção precoce que, além de envolver os serviços de saúde ambulatoriais, promoveu também o incentivo para que os hospitais se transformassem em hospitais Amigos da Criança (PARANÁ, 2000).

As medidas adotadas para reduzir a mortalidade infantil no Estado do Paraná, incluíram as ações implantadas e realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde voltadas à saúde da criança, nos anos de 1997 a 2000, houve a implantação do Programa Protegendo a Vida. O foco principal deste programa foi a “sensibilização e capacitação” de profissionais das diversas áreas da saúde. Esse programa era estruturado na forma de um congresso, com cursos permanentes e outros cursos propostos conforme o interesse e a realidade de cada localidade.

Essa preocupação em aperfeiçoar e introduzir novos conhecimentos aos profissionais que trabalhavam no atendimento às crianças, colaborou na redução da mortalidade infantil, pois os dois principais eixos de atuação do programa focalizavam o período neonatal e pós-neonatal. Programas de Educação Continuada envolvendo a capacitação de profissionais que atuam na área de atendimento a

crianças e gestantes continuam sendo oferecidos pelo estado até os dias atuais, através de cursos e treinamentos na área de atendimento a gestante de risco e em UTI neonatal.

Assim, para assegurar o atendimento ao recém-nascido com complicações durante o nascimento, o Programa Protegendo a Vida, além da capacitação, fez uma ampliação dos leitos de UTI neonatal. Até 2004 foram disponibilizados 159 leitos de UTI neonatal em diversos municípios no Estado do Paraná, sendo que em 1995 só havia 33 leitos. De 2004 a 2007 já foram disponibilizados no Estado mais 110 leitos de UTI Neonatal em diversos municípios (PARANÁ, 2008).

A mudança somente terá impacto visível se parcerias inovadoras forem estabelecidas e fortalecidas, empenhando-se coletivamente para capitalizar sobre os problemas que envolvem a redução cada vez maior da mortalidade infantil, somando esforços e trabalhando em estreita cooperação com parceiros do sistema da ONU e com governos, organizações regionais e não-governamentais, fundações e o setor privado, para coordenar atividades e reunir forças e conhecimento para superar desafios com sentimento coletivo para expandir ações que já levaram a resultados positivos.

A queda da mortalidade infantil no Brasil está associada a uma série de melhorias nas condições de vida e na atenção à saúde da criança, em relação a questões como segurança alimentar e nutricional, saneamento básico, vacinação e modelo de atenção à saúde implantado no Brasil a partir de 1990, com a LOOS, e as seqüentes políticas públicas que realinharam a responsabilidade e a intervenção do Estado sobre um direito social básico da população brasileira a saúde.

A redução da mortalidade infantil reflete o processo de municipalização. E por isso, ações específicas voltadas para proteger a saúde da criança e das mulheres devem ser prioritárias, como por exemplo, o incentivo ao aleitamento materno, o atendimento humanizado da gestante como forma de promover a saúde do recém-nascido, o incentivo ao Programa de Carências Nutricionais. É importante também a melhoria na qualidade do SIM e do SINASC. Para que isso seja possível, as políticas públicas precisam estar presentes, conforme abordado a seguir.

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E A MORTALIDADE INFANTIL

A discussão de políticas públicas, atualmente, envolve a preocupação dos gestores de serviços públicos e privados com a qualidade de vida e o desenvolvimento do País, principalmente nos centros urbanos onde as ações antrópicas negativas (relativo à humanidade, à sociedade humana, à ação do homem) são mais claramente notadas.

Na evolução dos conceitos de sustentabilidade, quanto aos indicadores e as legislações incluem-se as sociais, econômicas, financeiras e de recursos na área da saúde. Abrangendo os níveis federal, estadual e municipal, identifica-se a necessidade de novas posturas e diretrizes governamentais cada vez mais voltadas para a justiça social, melhorias das condições de vida e de saúde da população.

Segundo Abrahão (2006), as políticas públicas têm como objetivo atender às necessidades da população e suas demandas nos diferentes setores da sociedade. As estratégias utilizadas para tanto, visam dar respostas às principais questões que emergem da vida em sociedade, tais como: habitação, educação, segurança, alimentação, proteção social e saúde. A saúde faz parte desse conjunto de políticas empregadas pelo estado brasileiro e a política social, constituindo-se em um conjunto de ações estatais que tem se tornado o mecanismo com o qual os governos possam intervir nos problemas que ocorrem em vários âmbitos de uma sociedade, incluindo a redução da mortalidade infantil.

As políticas públicas constituem-se em temática oriunda da ciência política, como aponta Bucci (2008). Para a autora o interesse pelo estudo destas está relacionado com a preocupação do Estado em concretizar as ações implantadas ou implementadas que contemplem os direitos humanos, civis, políticos, e em particular, os direitos sociais para o ser cidadão.

A questão dos direitos humanos ganha legitimidade a partir de 1948, quando a ONU, adota a Declaração Universal dos Direitos do Homem que direciona decisões tomadas pela comunidade internacional. Como destaca Saule Júnior (2004), este instrumento "[...] é o marco histórico para a compreensão dos direitos humanos [...]". Neste documento estão relacionadas as prerrogativas que

representam a fonte universal de defesa da pessoa humana, no que tange aos seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e éticos alcançados por força de lutas e conquistas e que passaram a integrar as Constituições dos Estados Nacionais.

No Brasil é recente a preocupação com a implantação de políticas públicas, pois é um produto do processo do estabelecimento de uma nova organização do Estado. A implantação das políticas públicas está fundamentada na descentralização, passando assim o município a ser reconhecido pela Constituição Federal Brasileira de 1988 ao lado da União, como um dos membros da Federação, como os Estados e Distrito Federal (SAULE JUNIOR, 2004).

As políticas públicas têm, em cada Estado, o respaldo legal além da Constituição Federal Brasileira, da Constituição Estadual e da Lei Orgânica do Município. Estas podem ser definidas como o conjunto de programas de ação governamental voltados à concretização de direitos sociais, e caracterizam-se como um instrumento de planejamento, de racionalização e da participação popular.

Por ser um conceito recente no Brasil, e absorvido no final da década de 1980, as políticas públicas permanecem em construção, razão pela qual, ainda encontram-se equívocos ao se referir como políticas públicas o conjunto de ações concebidas e emanadas do poder institucional sem a participação da sociedade civil organizada. No entanto, os textos legais reconhecem os direitos sociais do indivíduo dentro do contexto. Também a Constituição Federal Brasileira explicita, em seu art. 6º, que "[...] são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, [...]", direitos referendados nos arts. 215 e 227, como se encontra em Brasil (1988).

É relevante argumentar segundo Bravo (1996, p. 7), que:

A constituição de 1988 é bastante avançada no que diz respeito à ordem social, não só em relação às leis procedentes, como também se aproxima, em matéria de benefícios instituídos e população a atingir, dos esquemas adotados nos países centrais para fins semelhantes. O ideário expresso na Constituição, entretanto, corre o risco de paralisia, pois os recursos indispensáveis para ampliar os direitos sociais continuam escassos, como também não há vontade política para colocá-los em prática. Esses aspectos, por conseguinte, necessitam de maior aprofundamento da questão social brasileira e da saúde em particular.

Diante do exposto evidencia-se preocupação constante das leis quanto à ordem social e a precariedade dos recursos disponíveis na maioria das políticas implementadas.

Ainda, identifica-se que as políticas sociais em saúde, são colocadas em prática de uma maneira superficial e/ou equivocada e, que na sua maioria não apresentam o grau de resolutividade exigida pela demanda populacional diante do binômio saúde-doença.

Serra (2000), descreve que as políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientando-se para a melhoria das condições da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Acrescenta que sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções governamentais para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Neste aspecto fica evidente que no Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988, conforme a CFB, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um SUS, no território nacional.

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, a saúde e a assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Conseqüentemente as políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam os seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente, deve ser permanente. Assim, no contexto da realidade brasileira, cabe indagar se os cidadãos brasileiros têm acesso às ações e aos serviços de saúde necessários para a resolução de seus problemas, ou se ainda, existem restrições e barreiras para esse acesso.

Ao estudar o período pós-constituição, se identifica que as políticas de saúde no Brasil, vêm sendo formuladas no contexto de uma reforma setorial abrangente, o que opera mudanças institucionais de magnitude, ao mesmo tempo em que introduz novos espaços de interlocução permanente entre o Estado e a sociedade civil na gestão pública. Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da LOS (Leis 8080, 8140 e 8142) em 1990, as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo modificações significativas no desenho e formulação das políticas de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório (SERRA, 2000).

Constata-se que a concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade civil, e entre os distintos níveis de governo nacional, estadual e municipal, cabendo aos gestores setoriais o papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira.

Nesta perspectiva, conforme Bravo (1996), foram instituídas as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas para a participação social na gestão do SUS; a Comissão Intergestores Tripartite na direção nacional e as Comissões Intergestores Bipartites na direção estadual; e fortaleceram-se os órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores das ações e serviços nos estados e municípios – o CONASS e o CONASEMS.

Pode-se dizer, portanto, que os canais de participação dos gestores públicos e da sociedade civil nas definições das políticas e da ação governamental setorial foram ampliados consideravelmente neste período. A ênfase nesta discussão ocorreu diante do problema onde:

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O temário central versou sobre a Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, Financiamento setorial. A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores,

contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. [...] As entidades que participaram da Plenária foram: sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros (BRAVO, 1996, p. 8).

Reafirma-se diante do citado que este fato foi essencial tanto para a discussão como também para a adoção de uma nova política de saúde, atingindo e contemplando a sociedade como um todo. Identifica-se também uma maior integração e participação de partidos políticos, sindicatos, associações, movimentos populares, enfim, do indivíduo na sua condição de cidadão na busca da legitimidade dos seus direitos inerentes à saúde. Contudo, com relação ao SUS, apesar das declarações oficiais de adesão a ele, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral (FERREIRA, 2006).

A perspectiva da melhoria da saúde dos brasileiros é formalmente instituída no Brasil pelo MS, em 1998, através do Projeto Promoção da Saúde. Segundo o documento elaborado pelo MS, em parceria com a OPAS e o PNUD, em 2001, a política de promoção da saúde busca reorientar o enfoque das ações e serviços de saúde, visando a construção de uma cultura de saúde baseada nos princípios de solidariedade, equidade, ética e cidadania e advogar por uma dinâmica de atuação que esteja sintonizada com a defesa da qualidade de vida do cidadão brasileiro, potencializando as ações desenvolvidas pelo setor saúde e a busca pela realização do homem como sujeito de sua própria história (FERREIRA, 2006).

Em análise mais aprofundada pode-se afirmar que tal projeto ainda encontra-se emergente, na maioria dos contextos estudados. Também se busca uma saúde na qual alguns princípios são considerados universais e inerentes ao ser humano, mas a realidade mostra dicotomia e requer repensar a saúde em muitos dos aspectos defendidos e pretendidos até o momento, como a melhora na qualidade e atenção a criança e a mulher.

Neste sentido, as ações no campo da saúde no país passam, assim, a incorporar os elementos fundamentais contidos na Carta de Otawa, 1986, que visam a ampliação dos determinantes da saúde com a construção de estratégias

intersetoriais e com planos territorializados de intervenção no ambiente social; fortalecimento das instâncias de participação comunitária e garantia de equidade. Portanto, as linhas de atuação do Plano de Desenvolvimento da Promoção da Saúde desenvolvido pela Secretaria nacional de Políticas Públicas são baseadas na Promoção da Saúde da Família e da Comunidade, nas Ações contra a Violência, na Capacitação de Recursos Humanos, na Escola Promotora de Saúde, na criação de Espaços Saudáveis buscando uma melhoria na comunicação e na mobilização social.

As linhas de atuação devem, portanto, proporcionar à população condições e requisitos necessários para melhorar e exercer o controle sobre sua saúde, envolvendo a paz, a educação, a moradia, o alimento, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade. No entanto, como apontam Teixeira; Paim; VilasBôas (1998), o movimento de promoção da saúde no país é indissociável do processo de reorientação das políticas de saúde, na década de 1990 e de seus múltiplos desdobramentos institucionais e políticos.

Esta reorientação permitiu que as NOBs a partir de 1991, estruturassem e aprofundassem o processo de descentralização do SUS, modificando o modelo assistencial, favorecendo a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a participação da população e a melhoria do fluxo de recursos financeiros destinados à saúde entre a União, estado e municípios. A implementação do PACS, do PSF e criação da ANVISA foram, igualmente, iniciativas que pavimentaram a trajetória da promoção da saúde, como direito social de todos.

Contudo, pode-se dizer que a Política de Promoção da Saúde agregou aos princípios norteadores do SUS, propostas que reconhecem a necessidade de transformar o perfil de intervenção e que aprofundam a análise da interdependência entre os problemas sociais e de saúde. Neste processo foi, ainda, valorizado o potencial individual e comunitário para participar das escolhas e decisões públicas sobre a política de saúde. Confirma-se que a Política Nacional de Promoção da Saúde enfrenta também o desafio da pluralidade das condições de vida e saúde locais.

Outro aspecto é o perfil heterogêneo de acesso aos bens e serviços sociais traduzidos pela desigualdade das situações de saúde nas unidades federativas, o que impõe refinar o gerenciamento descentralizado das ações e dos processos de transferência de recursos públicos. Acrescenta-se às particularidades e especificidades regionais que devem ser incorporadas à agenda da promoção da saúde, diretrizes mais amplas e universais, com objetivos capazes de atender às necessidades locais.

O I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis, realizado em 1998 e o XIV Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, em 1998, foram eventos que reafirmaram a adesão dos municípios à proposta de promoção da saúde enquanto elemento chave de um processo que pretende significar a luta pela saúde e qualidade de vida, adequando as opções do modelo de desenvolvimento econômico e social, e permitindo assim a construção cotidiana da intersetorialidade (ABRAHÃO, 2006).

Entre as propostas de promoção à saúde, por ser uma das preocupações dos gestores federais, estaduais e municipais, a gestão para redução da mortalidade infantil, pois as mortes infantis são consideradas como injustas nas sociedades ocidentais modernas, nas quais a criança representa aquilo que o ser humano tem de mais precioso: o amor, a pureza, a esperança e a viabilidade do futuro.

A mobilização social em torno de taxas elevadas de mortalidade infantil tem sido um fator importante no fortalecimento das ações da saúde pública para o saneamento ambiental e de programas de nutrição, desde o século XIX. Em momento algum a atuação para a sua redução foi considerada pelos governos, e pela sociedade como um todo, como desnecessária, pelo contrário, o direito à vida e à saúde das crianças é hoje um dos direitos fundamentais garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

No entanto, as políticas macroeconômicas e as políticas sociais e de saúde efetivamente adotadas, com frequência não refletem a priorização anunciada. Identifica-se que até o momento em muitos países pobres a mortalidade infantil ainda continua muito elevada, e na década de 90 aumentou a diferença entre as taxas observadas nos países ricos e pobres. Essa piora na situação da saúde infantil

mundial é considerada como decorrente das crises econômicas que caracterizaram o período, afetando diretamente a população dos países pobres e a priorização dos investimentos na saúde infantil mundial dos países ricos (PEREIRA, 1999).

No Brasil, observa-se esta realidade ao longo da sua história. Processos semelhantes têm tendência à reprodução das mesmas explicações para os níveis elevados de mortalidade infantil e o anúncio de propostas salvadoras que se propõem a resolver de forma definitiva o problema. Quando se constata que a mortalidade infantil continua elevada, no país, regiões, municípios ou em grupos sociais determinados, ao ser comparada com a de países mais desenvolvidos, surgem explicações ou justificativas, que nem sempre são convincentes, observando-se que se os esforços fossem mais concentrados em medidas e ações, ela seria reduzida em menos tempo ou chegar aos coeficientes mínimos aceitáveis.

Ao contrário do que se observou em países pobres da África e Ásia, pode-se considerar que nos últimos anos emerge no Brasil, tanto na abrangência quanto na cobertura populacional, as atuações que têm por objetivo alterar a situação da mortalidade infantil do país. Com esta intervenção, quer por meio de programas e ações implementados pelo setor público que visavam sua redução, quer pela participação da sociedade civil, constata-se uma atuação mais ampla e sustentada de organizações não-governamentais e pessoas desenvolvendo atividades voluntárias que contribuem para a redução da mortalidade infantil como exemplo a Pastoral da criança.

Estas entidades vêm orientando suas ações para a atuação em uma ou mais dessas dimensões. Da perspectiva do setor público, a implantação e a consolidação do SUS, certamente foi um elemento importante na continuidade da redução da mortalidade infantil observada durante a década de 1990, mas há ainda muito a ser feito (BRASIL, 2002).

Pontua-se que os fatores determinantes da mortalidade infantil são múltiplos, articulados entre si, compreendendo desde as condições gerais de vida até fatores muito específicos, que envolvem o acompanhamento à gestante no pré-natal, ao nascimento da criança.

Apoiados nessa compreensão abrangente da determinação da mortalidade

infantil, o sistema de saúde mostra-se como instrumento essencial para sua redução. De um lado, enquanto parte do conjunto de políticas públicas gerais e intersetoriais (renda, educação e saneamento, principalmente) e, de outro, enquanto setor responsável pela atenção à saúde da população, devendo garantir a acessibilidade, equidade do seu desempenho e a competência gerencial e técnica na implantação de programas e cuidados específicos. Porém, a redução da mortalidade infantil em países como o Brasil não depende, fundamentalmente, do que diz respeito à atuação do sistema de saúde, do desenvolvimento de novos conhecimentos científicos, como ocorre em relação a outros problemas de saúde, mas da garantia da acessibilidade e da utilização mais efetiva do conhecimento científico e técnico existente, nos serviços e políticas vigentes.

Os programas gerais desenvolvidos no SUS nos anos 1990, que participavam da redução da mortalidade infantil no Brasil, propostos pelo Ministério da Saúde com potencial de atuação, foram, o PAISC, instituído em 1987, que visava o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de uma forma mais efetiva e eficaz, o PAIMS, em 1987, que tinha como objetivo atender a mulher em seus ciclos de vida, principalmente no gravídico puerperal, o PACS, em 1991, com ênfase a atenção primária, conhecimento dos problemas da população de uma forma direta de acesso às suas residências, levantando problemas e orientando alternativas de solução.

Outros programas foram instituídos e aprimorados na mesma época, como o PNI, Programa Nacional de Aleitamento Materno, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, Programa de Saneamento Geral.

Esses programas se traduzem através de recortes temáticos específicos com um conjunto de normas e orientações técnicas, a serem implementadas pelos serviços vinculados ao SUS, nos níveis federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2002).

Enfim, os estados e os municípios desenvolveram propostas que incorporavam, viabilizavam e buscavam otimizar a implantação desses programas, ou outros próprios, criados pelos serviços de saúde, que, por sua vez,

desenvolveram propostas que buscavam promover melhor adaptação desses programas às condições e necessidades locais.

A partir do citado, constrói-se a necessária articulação, entre as diretrizes gerais do SUS, os programas nacionais, a gestão estadual e municipal e a gerência dos serviços de saúde, que deve ser monitorada continuamente por meio de indicadores aptos a identificar os processos de implantação e implementação das intervenções e os seus resultados obtidos sobre a saúde da população.

A partir de 2001, com a implantação da NOAS, a taxa de mortalidade infantil, seus componentes e a sua redução progressiva, passou a ser um dos indicadores utilizados na avaliação da Atenção Básica e de qualificação da gestão municipal em saúde. Além das instituições públicas estatais, atuam, direta ou indiretamente, para a redução da mortalidade infantil diversas outras organizações, internacionais e nacionais. Observa-se, apesar das especificidades de atuação próprias dos setores a que se vinculam, freqüentes parcerias entre essas instituições e o sistema de atenção à saúde.

As informações consideradas essenciais e capazes de apoiar a atuação dos gerentes e gestores, nos processos de decisão, sobre as intervenções mais adequadas para a maximização da redução da mortalidade infantil em contextos determinados, foram organizadas em torno de três momentos específicos que, apesar de estarem interligados, apresentam dificuldades técnico-científicas específicas de como medir a mortalidade infantil. Como interpretar os dados obtidos, como selecionar as propostas de intervenção mais adequadas para a situação existente, e o diagnóstico epidemiológico adequado, depende de dados confiáveis, para poder contribuir para a identificação das intervenções mais efetivas.

A implementação das intervenções implica na mobilização de recursos financeiros, materiais e humanos diversificados e complexos, nem sempre disponíveis e de boa qualidade. Os resultados obtidos, não são de fácil interpretação, fazendo com que seja essencial um processo contínuo, com constante reavaliação, de produção de conhecimentos e de intervenção sobre a realidade, pelos gestores e profissionais do setor saúde.

Para que esse processo acima citado, alcance os objetivos propostos, torna-se necessário estabelecer uma relação de confiança, e é nesse momento que aparece o capital social, que é um bem público criado como resultado da dinâmica das relações sociais. O capital social se refere à confiança, às normas e redes que podem melhorar a eficiência da sociedade facilitando a coordenação das ações (PUTNAM, 1996).

A diminuição da participação cidadã nas atividades da comunidade e a perda da confiança entre seus membros têm um grave impacto sobre o capital social (Putnam, 1996). Esse autor afirma ainda que a comunidade cívica se caracteriza por cidadãos atuantes e imbuídos de espírito público, por relações políticas igualitárias e por uma estrutura social firmada na confiança e na colaboração.

As propostas de ação intersetorial, responsabilização social e descentralização decisória que estruturam o debate da promoção da saúde envolvem cooperação, confiança e existência de instâncias e fóruns permanentes para a solução de conflitos e divergências entre os atores sociais. Neste sentido, as noções de capital social e comunidade cívica constituem eixos fundamentais para a análise do sucesso ou do insucesso das iniciativas de promoção da saúde. Como aponta Putnam (1996) a confiança, as normas e cadeias de relações sociais que multiplicam o capital social das comunidades facilitam a cooperação voluntária, levando ao alcance de objetivos, incluindo a redução da mortalidade infantil.

Na prática, o intercâmbio social e o fortalecimento dos vínculos que definem a comunidade cívica favorecem a construção de consensos e, portanto, o melhor desempenho das ações de promoção da saúde. A superação da fragmentação e compartimentalização do trabalho na área da saúde, tarefa fundamental para a construção de cidades saudáveis, implica novas práticas gerenciais capazes de estimular trocas substantivas entre os profissionais de saúde, organizações não-governamentais, associações comunitárias e agentes formuladores e implementadores de políticas e programas sociais.

Somando ao exposto anterior, para ajudar a criar mecanismos de fortalecimento das ações para redução da mortalidade infantil, temos as redes sociais, que se expressam como um conjunto de pessoas e organizações que se

relacionam para responder demandas e necessidades da população de maneira integrada, mas respeitando o saber e autonomia de cada membro. Com isso, as redes constituem um meio de tornar eficaz a gestão das políticas sociais, otimizando a utilização dos recursos disponíveis (JUNQUEIRA, 2000).

Esta ampliação de temas e atores políticos, produzindo novas e criativas parcerias podem alterar positivamente as práticas sociais e a agenda pública trazendo importantes mudanças na sociabilidade e na espacialidade, criando novos territórios de ação coletiva e um novo imaginário social. Alianças estratégicas são viabilizadas com o objetivo de ampliar as possibilidades de cooperação. Na medida em que o contexto local de implementação de programas e projetos sociais emerge como espaço de confronto entre valores, formas de julgamento e de avaliação de necessidades dos diferentes atores sociais, as redes consolidam a interdependência e os vínculos fundamentais para o processo de construção de alternativas de intervenção.

Mas de nada adianta todos os esforços e expectativas em torno de mudanças de realidades apresentadas em relação a situação epidemiológica, de diversos problemas na área da saúde, se não imperar na sociedade os laços de lealdade e confiança que, segundo Peyrefitte (1999), são fatores decisivos para o progresso.

De acordo com o autor, o desenvolvimento, no sentido de crescimento econômico acelerado, é fenômeno recente na história do mundo, sua causa imediata foi o ambiente de confiança mútua que se criou nos Países-Baixos a partir da coexistência de muitas confissões religiosas diferentes, sem hostilidade mútua, mas sem uma autoridade central para controlá-las. Todos os surtos de desenvolvimento econômico duradouro, sem exceção, são marcados pela atmosfera de confiança prévia e pela frouxidão das amarras legais.

Num sentido mais amplo da palavra desenvolvimento, o desafio estímulo da humanidade sempre foi o anseio de encontrar um equilíbrio entre a perfeição da imagem divina e as condições variadas e cambiantes da vida na Terra. Não podendo abandonar a primeira nem livrar-se das segundas, a espécie humana vive no equilíbrio instável de um estágio intermediário (PEYREFITTE, 1999).

A humanidade busca respostas para todos os acontecimentos, em todos os momentos, quando a mortalidade infantil começou a tornar-se um problema de saúde pública e cobranças sobre o porquê seus coeficientes estarem altos veio a tona a preocupação em busca de respostas, verificou-se que uma das formas de mudar essa realidade era a de articular a formação de redes de cooperação, que obrigatoriamente passa pela organização coletiva das sociedades civis, da produção de um processo e regulação pública eficiente. Percebendo-se assim, que os Estados que conseguiram mudanças, reduzindo os coeficientes de mortalidade, foram os que puderam contar com a ajuda e empenho das pastorais da criança, da saúde, ONGs, clubes de serviços, entre outros.

Podemos aqui fazer uma relação com a afirmação de Birckner (2001) é a de que as regiões são mais eficientes, devido ao fato de apresentarem a presença de fortes redes de relações sociais baseadas na cooperação, na intensa troca de informações e na confiança interpessoal, que de acordo com Putnam (1996), são estes os elementos explicativos do desenvolvimento de regiões como o norte da Itália, que apresentam níveis de eficiência institucional e econômica maiores que o sul. Afirma, ainda que a sustentabilidade dessas regiões só existe devido ao elevado índice de “capital social” e atribui este fator como a principal vantagem competitiva dessas regiões.

Sabemos que significativo número de mortes infantis podem ser controladas mesmo em comunidades que apresentem precárias condições de desenvolvimento socioeconômico; entretanto, tal fato depende, sempre, de decisão política, organização dos serviços de saúde e da área social e adoção de ações educativas permanentes tanto nas escolas como em grupos comunitários. Numa outra vertente, as causas relacionadas à mortalidade perinatal requerem unidades de saúde em condições de pleno e adequado atendimento às mulheres durante o período de gestação e no momento do parto.

Em toda a trajetória empreendida contra a mortalidade infantil observa-se não existir apenas um caminho, mas diversos, que, se adotados seriamente, conduzem à sua redução. Nesta luta, o papel das comunidades, das famílias, dos profissionais de saúde, educação e sociais, e das mães das crianças, é condição estratégica de

apoio e envolvimento, uma vez que as crianças são parte integrante das famílias e comunidades. Sem cooperação, confiança, capital social e cívico e capacidade de associação não se chegará a alcançar qualquer objetivo, seja ele no que diz respeito ao desenvolvimento social, humano e regional, ou a eliminação das doenças e a redução da mortalidade infantil.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, pois apresentará os coeficientes de mortalidade infantil em cada período e, qualitativa, pois foi realizada análise descritiva desses coeficientes e a sua relação com as políticas públicas. Também foi realizada pesquisa documental na qual foram utilizados dados relacionados ao SIM, SINASC e fichas de investigação de óbitos infantis. Fundamentou o estudo a pesquisa bibliográfica, pois foram utilizados materiais já publicados, constituído de livros, artigos em periódicos e outras referências científicas.

3.2 LOCAL E UNIVERSO DE ESTUDO

O local de estudo de campo foi o município de União da Vitória-PR, que possuía em 2007, segundo a última contagem populacional, 51.043 habitantes (IBGE, 2008). O universo de coleta de dados foi composto por todos os registros de óbitos infantis, divididos nos períodos neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal, ocorridos nos anos de 1999 a 2007. A escolha dos anos de 1999 a 2007 foi pautada na prerrogativa de ser o ano de 1999 o marco de início para aprofundamento das discussões sobre mortalidade infantil no município, com maior fidedignidade em relação aos dados e a implantação dos comitês de investigação de óbitos infantis em nível estadual e municipal.

3.2.1 Município de União da Vitória

O município de União da Vitória, segundo o Plano Municipal de Saúde (2004-2008), foi desmembrado do município de Palmas e considerado cidade, em 1877. Tornou-se vila pelo decreto estadual nº 54 de 27/03/1890 e município pela lei estadual nº 744, de 11/03/1908. Em 2008, completou 120 anos.

União da Vitória limita-se ao Norte com o Município de Cruz Machado-PR; ao Sul com Porto União-SC; a Leste com Paulo Frontin, Paula Freitas e Mallet-PR; a Oeste, com Porto Vitória e Bituruna-PR. A área total do Município é de 732 km², e o principal rio que o banha é o rio Iguaçu, fazendo divisa, parte com Porto União-SC, parte com Porto Vitória-PR, separando também o centro urbano do distrito de São Cristóvão. As cidades “Gêmeas do Iguaçu”, União da Vitória e Porto União, são separados pelo trilho do trem.

A região onde se localiza União da Vitória, apresenta clima subtropical úmido mesotérmico, de versões frescas e com ocorrência de geadas severas freqüentes no inverno, não apresentando estações secas o que propicia o aparecimento de doenças do trato respiratório.

A população do Município, conforme dados do IBGE (2008) é de 51.043 habitantes, 85% dos quais residem na área urbana, pois a geografia do município é irregular, com solos de pouca fertilidade e terrenos acidentados, propiciando assim o êxodo rural. Este ocasiona concentração populacional na área urbana em razão da saída das pessoas do meio rural para trabalhar na cidade. A situação econômica das pessoas da área rural que migraram para a urbana, é precária, o que as leva a fixar residência em áreas sem infra-estrutura básica, como rede de esgoto, coleta de lixo e água tratada, prejudicando sua qualidade de vida. Além disso, essas pessoas têm pouca ou nenhuma escolaridade.

O acúmulo populacional na área urbana, principalmente na periferia, deve-se também a outros fatores, como as cheias do rio Iguaçu, pois, para tentar amenizar as suas conseqüências, foram oferecidas moradias para as famílias que antes eram ribeirinhas uma vez que estas terras eram ocupadas inadequadamente, sem o

suporte básico necessário. Essa foi uma iniciativa da administração municipal, em parceria com a Caixa Econômica Federal, depois da enchente de 1983.

Em 18 de julho de 1983, o município sofreu uma enchente que chegou ao nível de 10,42 m. O nível normal desse rio é de 2,50 m, atingindo, portanto, proporções catastróficas. Este fato afetou significativamente a economia local com prejuízos de grandes proporções, tanto no sentido material como emocional.

A economia local baseia-se nas atividades de extração de erva-mate, produção de leite e seus derivados e na indústria madeireira, com a predominância da fabricação de compensados. O setor agrícola é basicamente constituído por pequenas propriedades que praticam agropecuária, através do cultivo do feijão, arroz, milho, soja, hortaliças e criação de suínos, bovinos, aves e outros. As atividades econômicas são assim distribuídas: 11% no setor primário, 40% no secundário e 49% no terciário. A taxa de crescimento anual é de 2%. A extração mineral tem a predominância da areia e pedra comum, para calçamentos e construções.

A população está servida pela rede pública de energia elétrica, através da COPEL e a água tratada é fornecida pela SANEPAR (IPARDES, 2001). Entretanto, segundo informações do departamento de Vigilância Sanitária municipal, muitas residências possuem poços com água não tratada, utilizados regularmente.

Quanto à estrutura dos Serviços de Saúde do Município, este encontra-se habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica desde 1997, para assumir toda a responsabilidade pelo atendimento básico. A rede física é composta por 23 unidades básicas de saúde, 01 pronto atendimento emergencial, 06 equipes do PSF que atendem seis bairros do município, tendo iniciado seus trabalhos em 1999. Cada equipe é formada por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, são responsáveis por 1.000 famílias ou 4.500 pessoas em sua área de abrangência.

A estrutura assistencial inclui também uma equipe que atende o Programa de Saúde Mental (CAPS I), e os adolescentes (PROSAD), um ambulatório para atendimento de crianças de alto risco, setores independentes e organizados de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. O município pertence ao consórcio

intermunicipal para atendimento de consultas especializadas, juntamente com outros oito municípios. Também mantém convênio com os dois hospitais existentes no seu território. Um desses hospitais é considerado referência estadual em UTI Neonatal, conforme consta no plano municipal de saúde, 2004-2008 (UNIÃO DA VITÓRIA, 2008).

3.3 COLETA DE DADOS

Para a realização do presente estudo, a coleta de dados ocorreu a partir da execução de várias etapas, descritas a seguir.

3.3.1 Caracterização da mortalidade infantil na realidade de União da Vitória.

O SIM tem o objetivo de integrar e uniformizar todos os serviços estaduais de operação de dados das declarações de óbito, no intuito de obtenção regular de informações de mortalidade, abrangentes e confiáveis. No presente estudo, o SIM possibilita quantificar o número de crianças menores de um ano que foram a óbito no período, bem como conhecer através do preenchimento da causa básica do óbito, o motivo da morte das crianças e selecionar algumas variáveis que podem ter influenciado na mortalidade infantil, como: idade da criança, sexo da criança, idade da mãe, escolaridade da mãe, número de gestações, duração da gestação (idade gestacional), tipo de gravidez, tipo de parto e peso da criança ao nascer.

Para a apresentação dos dados relacionados às causas de óbito nos períodos neonatal tardio e pós neonatal, foi utilizado o SIM, que está implantado no Serviço de Vigilância Epidemiológica do Município. Para apresentação dos dados das causas de óbito no período neonatal precoce foi selecionado a causa básica descrita no ítem "d", parte I de cada declaração de óbito, pois esse item, quando devidamente preenchido mostra a causa básica do óbito. A maneira como o SIM

gera o relatório das causas básicas nem sempre é igual ao encontrado no campo “d” da declaração de óbito, pois o programa seleciona a causa mais provável, de acordo com a codificação dos óbitos apresentadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), que são digitados no sistema.

A importância para a saúde pública das informações sobre a mortalidade está levando as secretarias estaduais e municipais a se ocuparem da coleta, da tabulação e da divulgação dos dados concernentes a óbitos. A abrangência do sistema de informação sobre mortalidade é máxima quando cada óbito corresponder um certificado devidamente registrado, cada registro, sem exceção é usado na preparação das estatísticas. Para se obter uma alimentação fiel desse banco de dados do sistema de informação, tanto de nascimentos como de óbitos, obrigatoriamente as declarações devem estar preenchidas em todos os seus campos, e nem sempre isso acontece, por isso os resultados gerais contêm, inevitavelmente, grau de imprecisão.

Já o SINASC, permite otimizar a correta utilização das taxas de natalidade, fecundidade e de reprodução e requer o conhecimento de pormenores sobre a fonte de dados empregada para sua preparação, no caso, o registro de nascimentos. A partir desses registros elaborou-se as estimativas diretas das respectivas taxas. No presente estudo o SINASC é utilizado para obter o coeficiente de mortalidade infantil, número de consultas de pré-natal e o índice de vitalidade da criança ao nascer. A maioria das variáveis contidas nos campos para preenchimento dos dados de nascimento são iguais as do preenchimento do óbito.

3.3.2 Análise das políticas públicas

Para fundamentar a análise das políticas públicas foram utilizadas as pesquisas bibliográfica, documental e entrevistas, que explicam a implantação e implementação das políticas públicas no município de União da Vitória e do Estado

do Paraná, visando a redução da mortalidade infantil como critério de estudo social e regional.

3.3.3 Coeficientes de mortalidade infantil

Foram calculados e analisados os coeficientes de mortalidade infantil geral, neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal. Para calcular o coeficiente de mortalidade infantil do município, foi utilizado o número de óbitos em menores de um ano e o número de nascimentos ocorridos entre os anos de 1999 a 2007, por ser no ano de 1999 o início da implantação do Comitê Municipal de Investigação de óbitos infantis, e a partir daí o início da implantação e implementação de políticas de saúde com o foco principal de redução da mortalidade infantil.

O coeficiente de mortalidade infantil geral e de seus subgrupos foi calculado por uma fórmula dos indicadores de mortalidade apresentadas por Pereira (1999, p. 107):

Coeficiente de Mortalidade Infantil

$$\frac{\text{Número de óbitos em menores de um ano de idade, residentes no município de União da Vitória-PR, no período.}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes no município de União da Vitória-PR, no período.}} \times 1.000$$

Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce

$$\frac{\text{Número de óbitos de crianças de zero a seis dias, residentes no município de União da Vitória-PR, no período.}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes no município de União da Vitória-PR, no período.}} \times 1.000$$

Coeficiente de Mortalidade Neonatal Tardia

$$\frac{\text{Número de óbitos de crianças de sete a vinte e sete dias, residentes no município de União da Vitória-PR, no período.}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes no município de União da Vitória-PR, no período.}} \times 1.000$$

Coefficiente de Mortalidade Pós-Neonatal

Número de óbitos de crianças de 28 dias até 364 dias, residentes em União da Vitória-PR, no período.

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos, de mães residentes no município de União da Vitória-PR, no período.}}{\text{Número de nascidos vivos, de mães residentes no município de União da Vitória-PR, no período.}} \times 1.000$$

3.3.4 Quadros que provocam a mortalidade infantil

Para proceder a coleta de dados e a análise das causas da mortalidade infantil geral, neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal foram utilizadas as declarações de óbitos infantis, o SIM e as fichas de investigação de óbito infantil (anexos 4,5 e 6).

As fichas de investigação de óbito infantil são confidenciais. Trata-se de formulários padronizados utilizados para a investigação dos óbitos infantis, utilizando como metodologia a busca ativa. Para o preenchimento das mesmas, a coleta de dados é realizada por meio dos prontuários hospitalares e ambulatoriais, visita domiciliar, declaração de óbito e de nascido vivo e informações de agentes comunitários de saúde, proporcionando assim uma realidade mais fiel dos fatos ocorridos.

A ficha de investigação individual de cada criança complementa os dados relacionados aos óbitos, propiciando um entendimento mais apurado das condições em que esses ocorreram. O surgimento das mesmas se deu como documento principal e indispensável que faz parte das discussões realizadas pelo Comitê Municipal de investigação de óbitos infantis.

Em 1999 foram implantados no Estado do Paraná e no município de União da Vitória, os Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil, com o intuito de reduzir os índices de mortalidade infantil. Os comitês têm a finalidade de investigar cada óbito, procurando determinar a evitabilidade e, nessa hipótese, especificar medidas de prevenção. Óbitos evitáveis são aqueles que, considerando-se a ciência e a

tecnologia existentes atualmente, poderiam ter sido poupados ou não deveriam ter ocorrido, segundo conceito da Associação Médica Americana adotado pelos CEPMI. Óbitos no primeiro ano de vida têm sido considerados como eventos-sentinela na avaliação da qualidade da assistência e como eventos desnecessários ou consentidos (MANSANO *et al*, 2004).

O mesmo autor diz ainda que a ocorrência do óbito parte da existência de uma falha no produto da atenção em saúde, exigindo uma investigação que identifique os fatos que contribuíram para esse resultado negativo, portanto, o trabalho dos comitês pode ter impacto direto nas mortes evitáveis. Essa estratégia baseia-se na busca da equidade, podendo identificar grupos populacionais de maior risco aos quais deve ser dirigida uma atenção diferenciada e interferindo positivamente no processo de produção da saúde, da doença e da morte. A análise evidencia, ainda, como e por que morrem os menores de um ano, e identifica os grupos que apresentam maior risco de adoecer em determinadas regiões, contribuindo, assim, para o alcance dos índices recomendados pela OMS.

Os comitês tem caráter ético, confidencial e interinstitucional, contando com representação das universidades, da Secretaria de Saúde, dos conselhos de classe, de ONGs, de sociedades científicas e com o apoio técnico-administrativo do Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde.

Os comitês municipais procedem às investigações dos óbitos infantis utilizando como metodologia a busca ativa. Os dados são levantados por meio dos prontuários hospitalares e ambulatoriais e, quando houver, de visita domiciliar, declaração de óbito, declaração de nascido vivo, bem como de informações de agentes comunitários e de cemitérios clandestinos. Para estruturar o trabalho foram elaboradas fichas padronizadas para investigação dos óbitos neonatais e tardios, e uma ficha para análise final.

Para o estudo foram utilizadas as seguintes variáveis contidas na ficha, além das já existentes nas declarações de nascimento e de óbito: local da realização do pré-natal, fatores de risco no momento da gestação e a renda familiar. As fichas foram utilizadas para analisar a mortalidade no período neonatal precoce por

conterem informações mais detalhadas sobre os óbitos ocorridos no período delimitado para o estudo (Anexo 6).

3.4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a criação do banco de dados foi utilizado o software Epi Info e o programa Excel, após tabulação de dados do SIM e do SINASC pelo Tabulador do Windows (Tabwin).

Inserido na perspectiva de pesquisa qualitativa, o método criado por Bardin (1995) é composto por um conjunto de técnicas de análises, também, em textos escritos que tem por objetivo a obtenção de indicadores quantitativos ou não que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Quando se estudam documentos legais é importante considerar o contexto não só lingüístico, mas também histórico, das expressões e conceitos uma vez que é essencial avançarmos para além do conteúdo explícito das mensagens, buscando compreender seu conteúdo latente, descobrindo as posturas ideológicas e as tendências que regem a vida social.

A análise de conteúdo acende a possibilidade, sem excluir a informação estatística, para descobrir ideologias, tendências e outras categorias que caracterizam os fenômenos sociais que se analisam e, ao contrário da análise apenas do conteúdo manifesto, o método utilizado é dinâmico, estrutural e histórico. De acordo com Trivinos (1987, p. 161) são três as etapas básicas no processo de uso da análise de conteúdo: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial.

Assim a pré-análise constituiu-se da organização documental do material de pesquisa, separados em três grupos bibliográficos, a seguir descritos:

- 1) SIM, SINASC e as fichas de Investigação de óbitos infantis.
- 2) inserção das políticas públicas de saúde no município de União da Vitória e no Estado do Paraná.
- 3) bibliografia específica sobre: políticas públicas e mortalidade infantil.

A descrição analítica, segunda fase da análise de conteúdo, iniciou-se na pré-análise. Nessa etapa, especificamente, o material bibliográfico referente as políticas públicas e aos dados epidemiológicos foram submetidos a um estudo aprofundado e orientado, verificando suas inter-relações.

Este quadro foi organizado para responder ao problema do quadro da mortalidade infantil e sua relação com as políticas públicas no município de União da Vitória-PR, de 1999 a 2007.

A terceira fase da análise de conteúdo caracterizou-se pela interpretação inferencial, tendo como suporte o material de pesquisa já organizado e sustentou-se nos processos reflexivos e intuitivos do pesquisador que avança para o estabelecimento de relações entre o problema pesquisado (mortalidade infantil) e a realidade das políticas públicas.

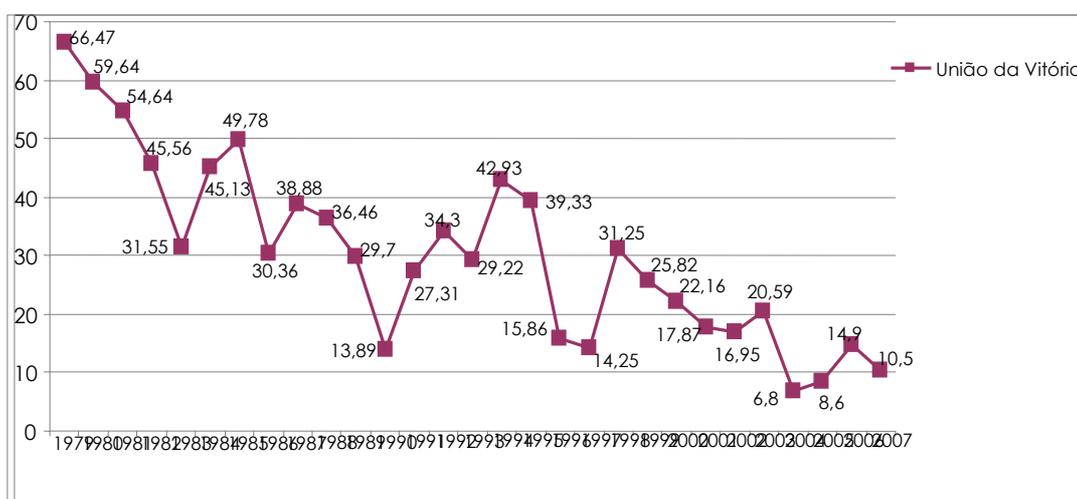
Neste contexto se evidencia abordagem acerca da realidade social, das políticas públicas, podendo haver menções às determinações históricas da mortalidade infantil como condicionantes destas políticas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 MORTALIDADE INFANTIL: SÉRIE HISTÓRICA E AÇÕES DE SAÚDE

De 1979 até o ano de 2007 o CMI do município de União da Vitória passou de 66,47% para 10,5% apresentando uma redução de 84,20%, conforme dados apresentados na Figura 1. Apresentou-se a série histórica da mortalidade infantil a partir de 1979 para ilustrar melhor o comportamento da mesma no decorrer de 29 anos, sendo que só a partir de 1999 os dados são considerados mais fies.

Figura 1: Série histórica dos coeficientes de mortalidade infantil no município de União da Vitória-PR de 1979 a 2007.



Fonte: SIM do município de União da Vitória-PR, 2008.

É notória a oscilação do CMI ao longo desse período. Segundo dados obtidos junto ao SIM e SINASC, a maneira como a mortalidade infantil se apresentou no município de União da Vitória no período de 1981 a 1990 pode ser influenciada pela deficiência do acompanhamento aos nascimentos e aos óbitos, os quais não eram monitorizados mediante registros de declaração de óbito e de nascimento, como é realizado atualmente. Pode-se dizer, portanto, que a melhora no sistema de

informação de nascimentos e óbitos contribuiu para uma melhor fidedignidade dos dados.

Antes do ano de 1998 a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná não exercia ação efetiva no controle dos registros, tanto de nascimento quanto de óbitos.

Anteriormente a essa data, havia muitos nascimentos domiciliares, realizados por parteiras leigas, o que contribuía para a dificuldade de acompanhamento dessas crianças, bem como do registro de seu nascimento. Além disso, os cemitérios clandestinos proporcionavam facilidade para as pessoas não informarem os óbitos.

A ausência de relatos escritos que possam explicar o comportamento dos coeficientes ano a ano dificulta a análise da variação dos dados desse estudo. Os dados que se tem conhecimento, relacionavam-se a entrevistas realizadas com profissionais da área da saúde, que moram no município, e que vivenciaram a realidade desde os anos 1980.

Nesse ano, ocorreram casos de paralisia infantil no município e óbitos em decorrência dela, culminando em uma epidemia (concentração de casos de uma mesma doença em determinado local e época, claramente em excesso ao que seria teoricamente esperado).

Por isso, várias ações básicas de saúde foram implantadas na época, tendo como prioridade a campanha de vacinação em massa contra a paralisia infantil para todas as crianças menores de cinco anos, implantada pelo Ministério da Saúde em todo o território nacional e que existe até hoje, em duas etapas anuais a nível nacional. Essa campanha foi realizada em União da Vitória e na região de uma forma intensa, pois os profissionais de saúde foram de casa em casa aplicando a vacina para atingir cobertura o mais próximo possível de 100%, segundo informações obtidas pelo secretário municipal de saúde em 1980.

Em 1983, o município foi assolado pela enchente do rio Iguaçu, que contorna a cidade, tomando conta quase que totalmente dela, incluindo a cidade vizinha, Porto União-SC. Na ocasião, esforços conjuntos das esferas federal, estadual e municipal foram intensificados para ajudar a população, incluindo ações na área da saúde preventiva e curativa, intensificando a vacinação para adultos e crianças,

acesso ao atendimento médico hospitalar e aos medicamentos da rede básica de farmácia.

Na época, foram realizadas ações que contribuíram para a redução da mortalidade infantil, como o treinamento das parteiras domiciliares em 1984. Cada uma delas, depois de ter recebido todas as informações sobre como acompanhar e atender um trabalho de parto, as intercorrências que poderia haver e de quando a parturiente deveria ser encaminhada para o hospital, recebiam uma caixa com todo o material necessário para o atendimento do parto domiciliar.

Em 1987, foi implantado o PAISC e o PAISM, os quais envolveram a capacitação de vários profissionais da área da saúde.

Em 1997, foi implantado o SISVAN, que tem por objetivo acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças, bem como as gestantes, adolescentes, adultos e idosos. No período de 1997 a 2004 houve redução nos coeficientes de mortalidade infantil e a queda foi maior no ano de 2004, coincidindo com a intensificação do programa. Após essa data o CMI voltou a subir, tendo uma ligeira queda em 2007.

Em 1998 ocorreu a descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica, que ficaram sob responsabilidade municipal viabilizando o início das primeiras investigações e análises dos óbitos infantis, quando se observou que muitas das crianças que morriam tinham seu endereço na declaração de óbito como moradores de União da Vitória. Essa era uma ocorrência comum e, com isso, as gestantes provenientes de Porto União procuravam o hospital de referência na maternidade localizado em União da Vitória, APMI buscando um atendimento de melhor qualidade para seus filhos, no entanto, na visita de investigação, identificava-se que essas parturientes moravam em outros municípios, o que fazia com que o CMI do município de União da Vitória fosse mais alto do que o real.

Costa *et al.*, (2003, p. 703-704) descrevem em seu estudo que se deve ter cautela quando se analisa dados secundários oriundos do SIAB, pois os dados apresentaram diferentes estágios de comportamento, variando conforme local e período de implantação e adaptação dos funcionários ao sistema, os quais influenciam na qualidade dos dados e nas séries históricas deles.

Ainda em 1998, foi implantado no município o SINASC, o SIM e o Comitê de Mortalidade Materna e Infantil, que investiga e analisa todos os óbitos de crianças e mães residentes no município e que ocorreram até um ano após o parto.

Por isso, todos os óbitos infantis ocorridos no período entre 1999 até 2007 foram analisados integralmente, o que permitiu observar que a porcentagem maior de causa básica de óbito foi devida a afecções originadas no período neonatal precoce (SIM, 2008).

A implantação do SIM e do SINASC trouxe melhorias na qualidade das informações e possibilitaram o conhecimento da realidade municipal, contribuindo para o planejamento e realização de novas ações em saúde, voltadas prioritariamente a ações de prevenção, embasadas em coeficientes de mortalidade infantil mais fidedigno. Em 1998, foi realizado um trabalho junto aos Cartórios para implantação da notificação dos óbitos sem assistência médica e por causas mal definidas, o que possibilitou o conhecimento das causas básicas dos óbitos. Até então essas informações eram precárias, considerando que os médicos não registravam corretamente as causas básicas dos óbitos nas Declarações de Óbito e os cartórios não se preocupavam em registrar essa informação de forma adequada, pois não visualizavam a importância desse dado para as políticas sociais de saúde.

A partir da conscientização e da cobrança frente essa situação, houve melhora nos registros, e hoje dificilmente atestados de óbito não são preenchidos corretamente.

No decorrer do ano de 1999, 30 óbitos de menores de um ano foram registrados no município de União da Vitória, dos quais, segundo dados fornecidos pela SESA, 19,59% foram decorrentes de afecções originadas no período perinatal.

Diante deste fato e levando em consideração que o CMI está diretamente relacionado com a qualidade e vida de uma população, o município de União da Vitória visando superar esta realidade, principalmente, a demanda apresentada na região Sul do território Municipal, onde a situação de risco infantil era mais grave, implantou o Programa Vida Vitoriosa em 15 de janeiro de 2000, que funciona até os dias de hoje.

Esse programa tem o objetivo de identificar os recém-nascidos e puérperas que apresentam probabilidades elevadas de adoecer e morrer, além de desencadear e desenvolver ações de promoção e de assistência imediata pelos serviços de saúde.

As ações desse programa preconizam que o acompanhamento seja feito com maior periodicidade, entre o primeiro ao sexto mês de vida da criança. A classificação de risco é avaliada segundo informações contidas nas declarações de nascimento, tais como peso da criança ao nascer menor que 2.500 kg, idade da mãe inferior a 16 anos, menos de três consultas de pré-natal, mãe sem nenhuma ou baixa escolaridade; mãe com história de óbito de filho anteriormente; má-formação congênita; recém-nascido hospitalizado ou mãe hospitalizada por complicações no parto; índice de Apgar abaixo de cinco; situação social da família e outros riscos, detectados tanto pelos profissionais que prestaram o atendimento no hospital como pela equipe do PSF. Em caso de existência de algum desses fatores, a equipe repassa um vale-consulta para o bebê e para a puérpera, para as áreas de ginecologia, pediatria e puerpério para que tenham atendimento prioritário.

A criança que apresenta algum risco recebe um carimbo na declaração de nascimento, com a identificação CRIANÇA DE RISCO. Essa declaração é recolhida todos os dias nos hospitais pelo serviço de Vigilância Epidemiológica, que entra em contato imediatamente com os agentes comunitários de saúde da região onde a criança mora, para avisar do risco e dar início ao acompanhamento, em regiões onde a equipe do PSF não está implantada, as visitas são realizadas pelos profissionais do Serviço de Vigilância Epidemiológica do município.

A visita à família é realizada conforme roteiro pré-estabelecido, quando é preenchido uma ficha de visita, com o objetivo de conhecer a família e suas condições de vida e oferecer as orientações necessárias. A avaliação do acompanhamento dessas crianças e puérperas são periódicas, realizada pelo serviço de vigilância epidemiológica municipal, responsável pelo seu controle e operacionalização, em reuniões mensais de avaliação sobre o programa.

Outro objetivo do programa é detectar crianças que adoecem periodicamente, para poder acompanhar e avaliar as condições em que elas vivem. Para isso, o

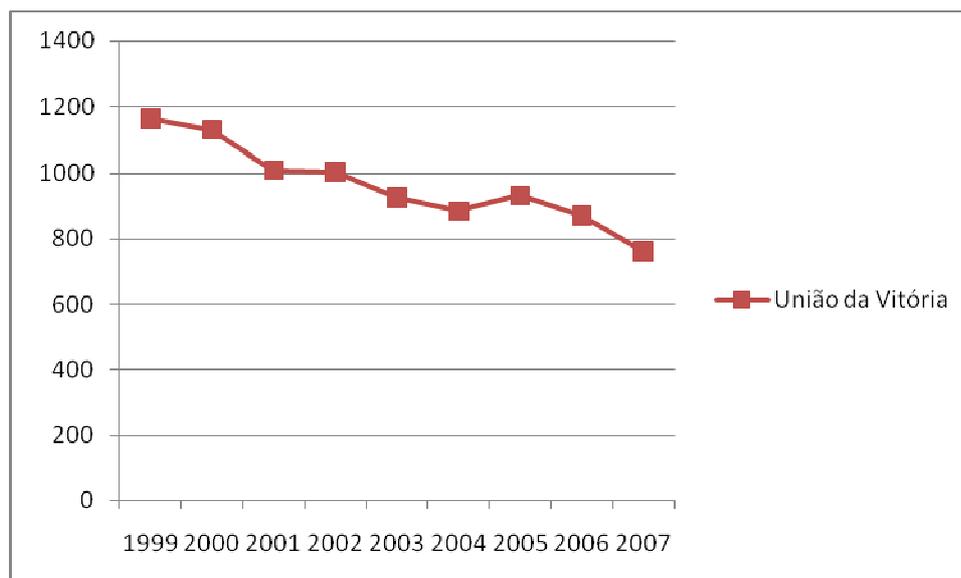
contato das equipes de saúde do serviço público com os hospitais é diário, pois os profissionais do hospital informam quando há ocorrência de reinternações das crianças, para que sejam realizadas as intervenções necessárias para evitar o óbito infantil.

Ainda, no ano de 2000, ocorreu a implantação da UTI Neonatal na APMI, hospital de referência para o atendimento da gestante e do recém nato em União da Vitória, atendendo também outros municípios. Hoje, a UTI Neonatal está cadastrada na Central de Leitos do Estado, recebendo recém-nascidos de risco de diferentes municípios do Paraná. Além disso, nesse ano, a Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória firmou convênio para o plantão médico obstétrico com duração de 24 horas, com o hospital APMI, pois havia queixas das gestantes por serem atendidas por parteiras leigas, e, quando havia intercorrências no momento do parto a assistência era dificultada.

Em 2001 ocorreu o incentivo ao Programa de Planejamento Familiar com a ampliação da Farmácia Básica da Secretaria Municipal de Saúde, a qual passou a fornecer aos usuários, métodos contraceptivos, como anticoncepcionais orais e preservativos masculinos, além dos que eram enviados pelo Ministério da Saúde, bem como aquisição de contraceptivos injetáveis e realização de laqueaduras para casos especiais, como mães com um grande número de filhos e condição socioeconômica precária.

A Figura 2 mostra o resultado dessas ações de Planejamento Familiar, quando fica evidente a redução da natalidade.

Figura 2: Série histórica do número de nascidos vivos no município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.



Fonte: SINASC do município de União da Vitória-PR, 2008.

Em junho de 2001 foi implantado no município, com incentivo do Ministério da Saúde, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com o objetivo de estimular e incrementar a qualidade do acompanhamento pré-natal prestado às gestantes, promovendo o cadastramento destas, garantindo a realização de acompanhamento pré-natal completo e a articulação deste com a assistência ao parto e puerpério.

Outra ação importante em União da Vitória, foi a criação do ambulatório de atendimento pediátrico de alto de risco em 2002, também conveniado ao hospital APMI. Com isso as crianças de risco, tiveram melhor acesso aos serviços de saúde.

Considerando que em 2003 as causas básicas de óbito no período neonatal precoce continuaram a persistir (nove óbitos de crianças com até sete dias e cinco os óbitos de crianças entre sete e vinte e oito dias de vida), foi implantado, no mês de junho desse mesmo ano o Programa Mãe Vitoriosa, que fez e faz a busca ativa e o acompanhamento das gestantes com risco de adoecer e/ou morrer. Elas são encaminhadas e referenciadas com prioridade na assistência, ao atendimento

obstétrico no ambulatório central de alto risco, implantado no município, e se for preciso elas têm acesso ao hospital, com garantia de internamento. Esse trabalho é realizado em conjunto com o atendimento dos profissionais das unidades de saúde de origem das gestantes.

Todas essas ações de prevenção em conjunto culminaram com o resultado de um coeficiente de mortalidade infantil de 6,8 por mil no ano de 2004. Nos anos de 2005 e 2006 o CMI teve uma elevação. Esta elevação se deve ao fato de terem sido incluídos no total de óbitos infantis, os óbitos inevitáveis e as malformações, como por exemplo, as anencefalias, que até o ano de 2005 poderiam ser causa de interrupção de gestação, fazendo que essa criança não fosse computada como óbito infantil.

Pode-se observar através desta informação que mesmo com aumento do CMI eles ainda encontram-se abaixo da média do Estado, o qual é de 13,1 óbitos por mil nascidos vivos, conforme gráficos que serão apresentados no decorrer do trabalho.

4.2 COEFICIENTES E CAUSAS DA MORTALIDADE INFANTIL

Ao se comparar os coeficientes de mortalidade infantil de União da Vitória com os do Brasil e os do Paraná (Figura 3), no período de 1999 a 2007, observa-se um declínio desses coeficientes. O Brasil apresentou redução ao longo do período em estudo de 30,74%, enquanto que no Paraná a queda foi de 32,92% e, em União da Vitória houve uma diminuição de 59,33%.

Em União da Vitória, neste período, a redução mais significativa ocorreu entre 2003 (20,59) e 2004 (6,8). O maior coeficiente observado foi de 25,82 por mil nascidos vivos, em 1999 e, apesar deste ser o maior do período estudado, ainda é menor do que o nível de mortalidade infantil descrito pelo UNICEF (2008) para países pobres ou em desenvolvimento, que é de 33 óbitos em mil nascidos vivos.

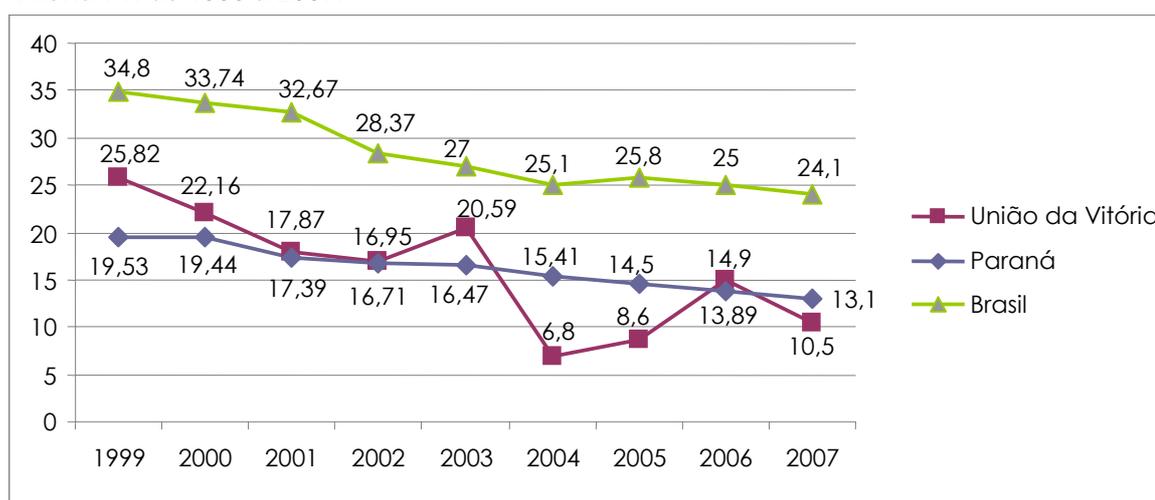
O UNICEF (2008) apresenta como desafio a redução da mortalidade nas primeiras semanas de vida da criança, pois 51% das mortes até um ano de idade

ocorrem na primeira semana de vida, e, 66% antes de completar um ano, cita também que se deve enfatizar a importância da melhoria da qualidade do pré-natal e a assistência ao parto.

Em 2004, União da Vitória apresentou um coeficiente de 6,8. Este coeficiente de mortalidade infantil foi o mais próximo ao dos países industrializados que, segundo o UNICEF (2008), é de 4 óbitos por mil nascidos vivos. Essa queda nos coeficientes pode estar relacionada à implantação de programas e ações de prevenção promovida ao longo do período em estudo, já citados anteriormente e discutidos com detalhes ao longo do capítulo.

Os coeficientes de União da Vitória apresentaram-se semelhantes aos do Paraná nos anos de 2001 e 2002, enquanto que nos anos de 1999, 2000 e 2003, foram superiores. Em 2004 o coeficiente foi 55,8% menor do que o do Estado do Paraná, em 2007 essa diferença cai para 19,8% menor, no município de União da Vitória. Essa oscilação é apresentada na Figura 3.

Figura 3: Série histórica do Coeficiente de Mortalidade Infantil no Brasil, Paraná e União da Vitória-PR de 1999 a 2007.



Fonte: SIM da Secretaria do Estado da saúde do Paraná, 2008.

Pode-se observar ainda que, no ano de 2003, o comportamento do coeficiente de mortalidade infantil em União da Vitória apresentou aumento e queda já em 2004. Este aumento no coeficiente em 2003 ocorreu no primeiro semestre,

quando se concentraram 68,42% do total de óbitos ocorridos naquele ano, dos quais 60% envolveram causas relacionadas ao período neonatal precoce.

Já no segundo semestre de 2003 inicia-se redução significativa no número de óbitos, fato este que pode estar relacionado com a implantação do Programa Mãe Vitoriosa em julho de 2003, mas não se fez monitoramento aprofundado dessa redução para afirmar com certeza a relação com o programa.

O coeficiente de mortalidade infantil está sujeito a oscilações em populações pequenas, quando avaliado em um curto período de tempo como, por exemplo, um ano. Nesses casos em que os óbitos infantis tendem a ser menos freqüentes, cada morte a mais ou a menos provoca variações no coeficiente. Por isso é importante a visualização dos casos em números absolutos.

A Tabela 1 apresenta os valores de nascimentos e óbitos por período em números absolutos.

As informações representadas na Tabela 1 são importantes, pois ao se mostrar o número absoluto de óbitos em menores de um ano divididos de acordo com a idade, permite-se visualizar a variação dos números.

Tabela 1: Número de nascidos vivos e óbitos infantis em números absolutos, de 1999 a 2007 no município de União da Vitória-PR.

| Período | Nascidos Vivos | Óbitos | | | Óbitos Infantis |
|--------------|----------------|-----------|-------------|-----------------|-----------------|
| | | < 7 dias | 7 a 27 dias | 28 dias a 1 ano | |
| 1999 | 1162 | 11 | 1 | 18 | 30 |
| 2000 | 1128 | 7 | 4 | 14 | 25 |
| 2001 | 1007 | 8 | 1 | 9 | 18 |
| 2002 | 1003 | 7 | 5 | 5 | 17 |
| 2003 | 923 | 10 | 4 | 5 | 19 |
| 2004 | 883 | 2 | 1 | 3 | 6 |
| 2005 | 930 | 4 | 2 | 2 | 8 |
| 2006 | 780 | 8 | 0 | 5 | 13 |
| 2007 | 760 | 4 | 1 | 3 | 8 |
| Total | 8576 | 61 | 19 | 64 | 144 |

Fonte: SIM e SINASC do município de União da Vitória-PR, 2008.

Pode-se observar que no período pós-neonatal os coeficientes sofreram queda constante, enquanto que nos outros períodos oscilaram de ano a ano. No período neonatal precoce, observa-se que não houve redução significativa, se comparado com os outros períodos. Frente a isso, este estudo se propõe a analisar

a influência das políticas públicas sobre o coeficiente de mortalidade infantil, no período neonatal precoce, sendo considerado o período quando o risco para a mortalidade infantil é maior.

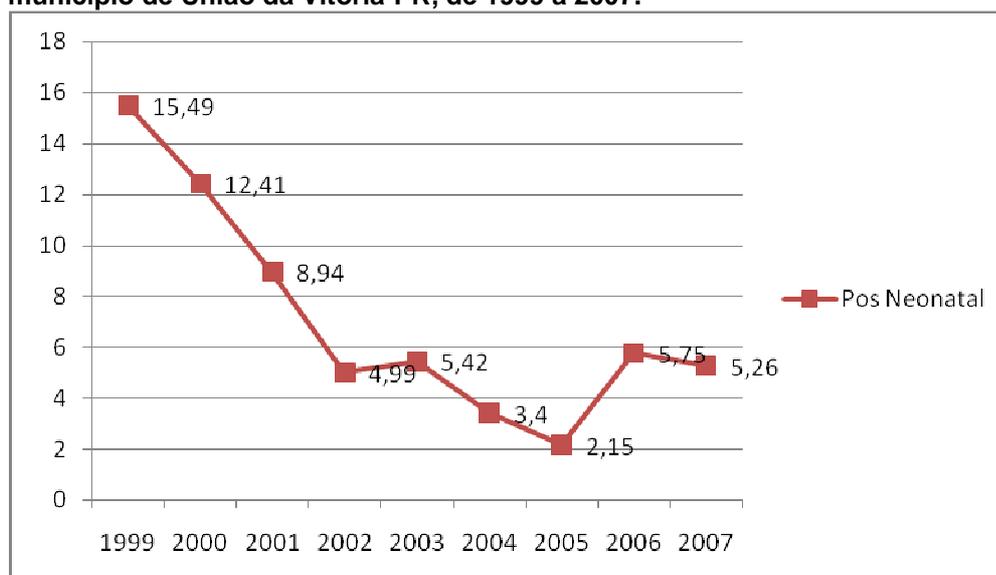
A seguir, serão apresentados os dados dividindo-se a mortalidade infantil nos períodos pós-neonatal, neonatal tardio e neonatal precoce.

4.3 MORTALIDADE INFANTIL PÓS-NEONATAL

O comportamento dos coeficientes da mortalidade pós-neonatal em União da Vitória apresentou, no período estudado, queda de 66,02% (Figura 4).

Apointa na direção de uma avaliação positiva das ações dos programas implantados no período, visando o acompanhamento específico das crianças nesta faixa etária, indicando que os mesmos foram eficazes, pois o meio onde a criança reside apresenta influência na sua sobrevivência.

Figura 4: Distribuição do Coeficiente de Mortalidade Infantil PÓS NEONATAL no município de União da Vitória-PR, de 1999 a 2007.



Fonte: SIM da Secretaria do Estado da saúde do Paraná, 2008.

As causas dos óbitos no período estudado, conforme se observa na Tabela 2, também apresentaram modificação em seus comportamentos.

Tabela 2: Distribuição das Causas de Mortalidade PÓS-NEONATAL no município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

| CID 10 | Causas | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | total |
|--------|---|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| A04 | Outras infecções intestinais bacterianas | | 1 | | | | | | 1 | | 1 |
| A09 | Diarréia e gastroenterite origem infecciosa presumida | 2 | 3 | 2 | 2 | | | | | | 9 |
| A39 | Infecção meningocócica | | 1 | | | | | 1 | | | 2 |
| A41 | Outras septicemias | | 2 | 3 | | | 1 | | 1 | 3 | 10 |
| A86 | Encefalite viral não especificada | | 1 | | | | | | | | 1 |
| E41 | Marasmo nutricional | | 1 | | | | | | | | 1 |
| E43 | Desnutrição proteico-calórica grave não especificada | | | 2 | | | | | | | 2 |
| G80 | Paralisia cerebral infantil | | | | | 1 | | | | | 1 |
| I51 | Complicações cardiopatias doenças cardíacas mal definidas | | | 1 | | | | | | | 1 |
| I60 | Hemorragia subaracnoide | | | | | | 1 | | | | 1 |
| J06 | Infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas | 2 | | | | | | | | | 2 |
| J18 | Pneumonia por microorganismos não especificados | 1 | | | | | 1 | | 1 | | 3 |
| J98 | Outros transtornos respiratórios | | 1 | | | | | | | | 1 |
| L08 | Outras infecções da pele e tecido subcutâneo | 1 | | | | | | | | | 1 |
| P36 | Septicemia bacteriana do recém-nascido | 1 | | | 1 | | | | | | 2 |
| Q03 | Hidrocefalia congênita | | 1 | | | | | | | | 1 |
| Q24 | Outras malformações congênitas do coração | 3 | 1 | | 1 | 2 | | | 1 | | 8 |
| Q25 | Malformações congênitas das grandes artérias | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Q43 | Outras malformações congênitas do intestino | 1 | | | | | | | | | 1 |
| R95 | Síndrome da morte súbita na infância | 1 | | 1 | | 1 | | | | | 3 |
| R99 | Outras causas mal definidas e não especificadas de mortalidade | | 1 | | | | | | | | 1 |
| R98 | Morte sem assistência | 2 | | | | | | | | | 2 |
| W78 | Inalação do conteúdo gástrico | 4 | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | | 8 |
| | TOTAL | 18 | 14 | 9 | 5 | 5 | 3 | 2 | 5 | 3 | 64 |

Fonte: SIM de União da Vitória-PR, 2008.

Nos primeiros quatro anos estudados, as causas básicas predominantes de mortalidade foram diarreia e gastroenterites, as quais diminuíram nos anos seguintes, não havendo nenhum caso registrado até 2007.

A diarreia permanece como uma causa de morte nas regiões onde a oferta de serviços de saneamento básico é menor ou inexistente, principalmente de água tratada, distribuída por rede, como no Norte e no Nordeste. No Brasil, a melhoria das condições de saneamento básico, o aumento da rede de centros de saúde, as campanhas de vacinação e o incentivo ao aleitamento materno, constituem ações do Ministério da Saúde que têm colaborado para a redução da mortalidade infantil pós-neonatal (TELAROLLI JUNIOR, 1997).

Por isso as ações de saúde educativas e de vigilância desempenham papel importante na redução da mortalidade nessa faixa etária, principalmente no que diz respeito a essas causas, tornando as ações de saúde desenvolvidas no município de União da Vitória já citadas acima, ferramentas eficazes ao combate da mortalidade infantil. Mas, mesmo assim, nos nove anos analisados as infecções intestinais e a diarreia representaram 17,18% (n=11) das causas de óbito, seguidas de 10 casos de óbitos causados por septicemia, apresentando a mesma porcentagem que as malformações congênitas (Grupo Q). Cabe ressaltar que, enquanto as malformações são consideradas causas de óbito de difícil evitabilidade, as diarreias e gastroenterites não o são; ao contrário, são passíveis de redução e prevenção através de ações de saúde.

Um dos programas que pode ser citado aqui ao qual é atribuída responsabilidade sobre a mortalidade infantil é o SISVAN. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças dão suporte nutricional e incentivo ao aleitamento materno. Para ajudar nesse programa, os profissionais de saúde contam com a parceria da Pastoral da Criança. Cabe citar também o PSF, que ao atuar com as ações de educação e de acompanhamento sistemático para toda a família, dão atenção especial às crianças.

Visando ainda a melhora na atenção e acompanhamento às crianças que ao nascer apresentavam algum risco de adoecer ou morrer, em 2000 foi implantado do Programa Vida Vitoriosa, com o objetivo de intensificar a busca ativa à criança de

risco. Outra ação implantada foi o convênio da Fundação Municipal de Saúde junto ao hospital APMI, criando o ambulatório pediátrico de alto risco, com atendimento durante 24 horas, dado para que as crianças que apresentem algum fator que coloque sua vida em risco possam ser atendidas imediatamente.

Uma das ações realizadas no ano de 2003 foi a construção da rede de drenagem de esgoto no bairro mais pobre da cidade. Neste bairro os óbitos no período pós-neonatal eram mais freqüentes. A rede de drenagem alcançou em torno de 1000 metros e contemplou todas as casas construídas em terrenos próximos ao rio que circunda o bairro. Este rio servia de depósito de esgoto e lixo, o local escolhido pelas crianças para brincar e de abastecimento de água para consumo doméstico.

Uma causa importante de óbito observada no período analisado de crianças maiores de 28 dias e que é evitável, através de cuidados básicos, foi a inalação do conteúdo gástrico, responsável por 12,50% (n=8) dos óbitos e que teve no ano de 1999 a sua maior incidência, com quatro óbitos, apresentados nas declarações de óbito.

É importante considerar que essa causa de óbito pode estar relacionada com aspectos geralmente não relatados aos serviços de saúde e não observados pelos profissionais, os quais envolvem aspectos relacionados a vida familiar e social. Geralmente centrados em aspectos relativos ao corpo biológico, os profissionais da saúde podem não considerar essas possibilidades na atenção. Além disso, é preciso considerar os relatos existentes na literatura que indicam a possibilidade de morte súbita na infância, especialmente na idade aqui tratada, ser confundido com inalação do conteúdo gástrico já que os corpos não são necropsiados.

Segundo Peres; Castro (1998), a SIDS é uma doença pouco diagnosticada em nosso meio, mas que se constitui na principal causa de morte no primeiro ano de vida. Acomete crianças aparentemente híginas, bem nutridas e cuidadas, no primeiro ano de vida, porém com nítido pico entre o terceiro e o quarto mês de vida. É sinônimo de morte inesperada, repentina e instantânea, sem causa pré-definida.

Em razão da ocorrência freqüente de óbitos relacionados à aspiração do conteúdo gástrico também em outras faixas etárias no período estudado, é que se

realizou em 1999, intensa campanha de informação para a comunidade abordando os cuidados com a criança após a mamada. Posteriormente a essa iniciativa, observou-se a redução do número de casos: um caso em 2000, nenhum caso em 2001 e um caso em 2002, voltando a ter um caso em 2005 e um em 2006.

A divulgação das informações educativas e preventivas para evitar essa causa de óbito contou e conta ainda até 2008, com a parceria dos diversos tipo de mídia local e regional, bem como com o empenho dos profissionais de saúde, principalmente os agentes comunitários de saúde, nas orientações sobre os cuidados necessários com a criança em todas as situações.

4.4 MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL TARDIA

O comportamento dos coeficientes de mortalidade infantil neonatal tardia, conforme Figura 5, mostra uma oscilação no período em estudo, apresentando queda entre 2002 até 2004 e oscilando até 2007, nessa fase.

As causas dos óbitos ocorridos nessa faixa de idade – de 7 a 28 dias de vida - não estavam claramente definidas na declaração de óbito preenchida pelo médico. Em razão disso, verificou-se as fichas individuais de investigação de óbito infantil nas quais consta o relato da família sobre como ocorreu o óbito e constatou-se que, das 19 crianças que foram a óbito no período, sete tiveram alta hospitalar em bom estado geral e, dessas, 5 foram a óbito em casa, tendo como causa básica a inalação de conteúdo gástrico, causando broncoaspiração. Essa situação não estava explícita na declaração de óbito, e não foi realizada necrópsia.

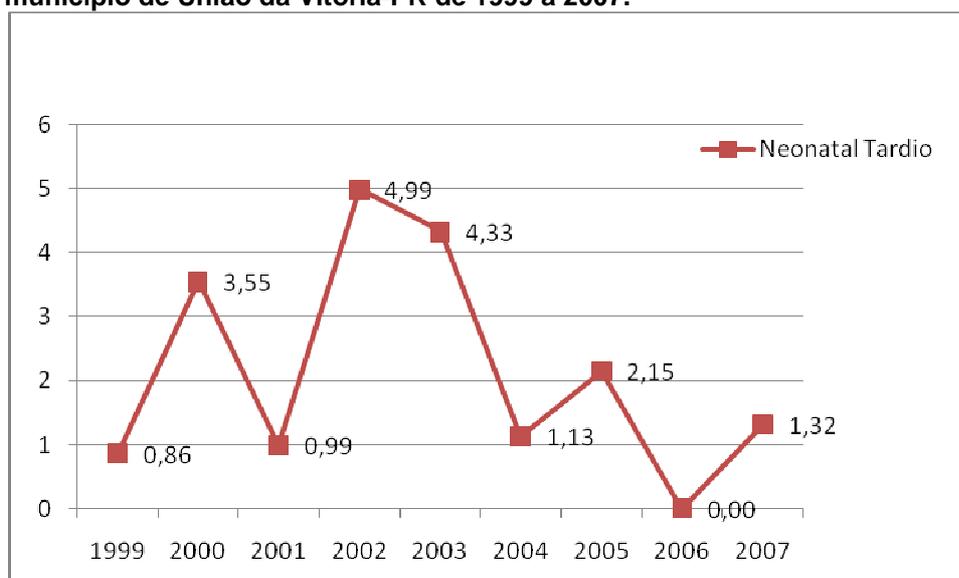
As outras duas crianças, das sete, foram re-internadas e morreram no hospital. Uma delas era prematura, de baixo peso e teve alta precocemente a pedido da família, voltando ao hospital 24 horas após, já sem vida. Nesse caso, a causa básica de óbito indicada no atestado foi a prematuridade tendo a infecção respiratória como consequência. Segundo a investigação familiar, a criança não conseguia se alimentar por dificuldade em abocanhar o mamilo na hora da

amamentação e só foi levada ao hospital por apresentar gemência e dificuldade para respirar.

A outra criança foi a óbito com 25 dias de vida, tendo como causa básica a septicemia, em consequência de uma infecção respiratória. Segundo a investigação feita à família, a criança apresentou febre e dificuldade para respirar nas 24 horas anteriores ao óbito e foi levada ao hospital já no início dos sintomas.

As outras 11 crianças permaneceram internadas na UTI neonatal após o nascimento, indo a óbito no hospital. Dessas, três apresentavam malformação congênita e baixo peso, enquanto as outras oito crianças nasceram prematuras e com baixo peso.

Figura 5: Distribuição do Coeficiente de Mortalidade Infantil NEONATAL TARDIA no município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.



Fonte: SIM da Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, 2008.

Em relação às causas de óbito nesse período, a Tabela 3 mostra como elas foram distribuídas no decorrer dos anos, observando-se que as agrupadas no grupo P (Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal), reúnem 84,21% (n=16) dos casos. Os óbitos ocorridos neste período podem envolver a prematuridade e o baixo peso ao nascer, conforme afirma Menezes *et al.* (1996). Para os autores, a forma mais eficaz de redução destes problemas é a atenção ao pré-natal, ao parto e o

período subsequente de acompanhamento das complicações ocorridas após o nascimento.

No período do presente estudo, o baixo peso ao nascer e a prematuridade estiveram presentes nessa faixa etária como fator de risco.

Tabela 3: Distribuição das Causas de Mortalidade NEONATAL TARDIA no município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

| CID 10 | Causas | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | Tot al |
|--------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| I42 | Cardiomiopatias | | 1 | | | | | | | | 1 |
| P00 | Feto e recém-nascidos afetados por afecções maternas, não abrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual | | | | 1 | | | | | | 1 |
| P02 | Feto e recém-nascidos afetados por complicações da placenta, cordão umbilical e membranas | | | 1 | | | | | | | 1 |
| P20 | Hipóxia intra uterina | | 1 | | | | | | | | 1 |
| P22 | Desconforto respiratório do recém-nascido | | | | | 1 | | | | | 1 |
| P24 | Síndrome de aspiração neonatal | | | | 2 | 2 | | | | | 4 |
| P28 | Outras afecções respiratórias originadas no período perinatal | | | | 1 | | | | | | 1 |
| P36 | Septicemia bacteriana do recém-nascido | 1 | | | | | 1 | | | | 2 |
| P96 | Outras afecções originadas período perinatal | | 1 | | 1 | | | 2 | | 1 | 5 |
| Q24 | Outras malformações congênitas do coração | | 1 | | | | | | | | 1 |
| R95 | Síndrome da morte súbita na infância | | | | | 1 | | | | | 1 |
| | TOTAL | 1 | 4 | 1 | 5 | 4 | 1 | 2 | 0 | 1 | 19 |

Fonte: SIM de União da Vitória-PR, 2008.

4.5 MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL PRECOCE

Na mortalidade infantil, os eventos que ocorrem no período neonatal precoce influenciam marcadamente a situação de saúde de uma população, configurando-se em desafios para os serviços de saúde, governos e sociedade. Essa situação reflete

as desigualdades sociais do país e a dificuldade de acesso, em tempo oportuno, aos serviços de saúde resolutivos e qualificados (ANDRADE *et al.*, 2006).

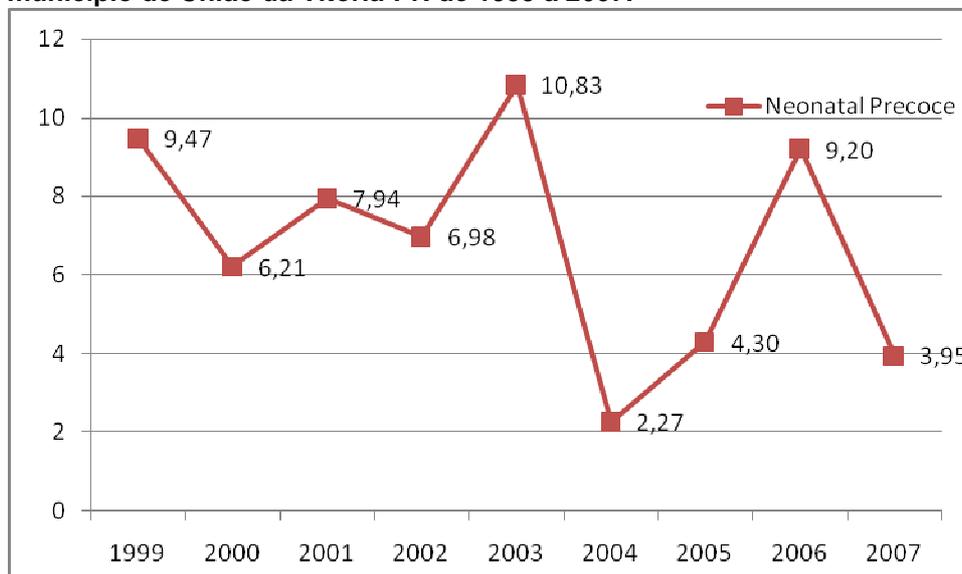
No presente estudo a mortalidade neonatal precoce mereceu análise mais detalhada do que os demais períodos, em função do fato de não ter apresentado redução constante no período considerado e por influenciar fortemente o período neonatal tardio, pois a criança pode sobreviver em um primeiro momento, vivendo até uma semana, e depois ir a óbito.

Para se obter resultados mais efetivos na redução desse componente da mortalidade infantil, há a necessidade de intervenção sobre seus múltiplos fatores relacionados, bem como de interação entre as ações de atenção à saúde, serviços de educação e assistência social para o atendimento às necessidades básicas capazes de garantir uma gestação e nascimento em condições que favoreçam sobrevivência segura (SCHOEPS; ALMEIDA; ALENCAR, 2007).

Os fatores determinantes da mortalidade neonatal são múltiplos e complexos, relacionando-se à interação de variáveis biológicas, assistenciais e socioeconômicas. As variáveis biológicas referem-se à mãe e ao recém-nascido e são as causas diretas dos óbitos neonatais. O acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada no pré-natal, sala de parto e os cuidados pós-natais ao recém-nascido, são variáveis assistenciais capazes de interferir nos fatores de risco biológicos e socioeconômicos para a mortalidade neonatal (ARAÚJO *et al.*, 2000).

No período neonatal precoce, no município de União da Vitória, entre os anos de 1999 a 2007, ocorreram 60 óbitos, conforme Figura 6.

Figura 6: Distribuição do Coeficiente de Mortalidade Infantil NEONATAL PRECOCE no município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.



Fonte: SIM da Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, 2008.

A média dos coeficientes de mortalidade neonatal precoce no período em estudo foi de 6,79 por mil nascidos vivos, estando abaixo da média do Estado do Paraná, que foi de 8,27 no mesmo período. No Estado do Rio Grande do Sul a média no período foi de 6,8 e, em Santa Catarina, de 7,4 (BRASIL, 2008).

Quanto à distribuição dos coeficientes em cada ano, a Figura 6 mostra uma tendência de queda, oscilando nos diversos períodos, apresentando queda acentuada em 2004, o que influencia diretamente na diminuição dos coeficientes de mortalidade infantil geral, tardia e pós-neonatal. No ano de 1999, o coeficiente foi de 9,47, reduzindo para 6,21 em 2000, período em que foram implantadas as equipes do Programa Saúde da Família nas regiões periféricas da cidade e o convênio da Secretaria Municipal de Saúde com a APMI, para atendimento obstétrico. Ainda no ano 2000 foi credenciada, no mesmo hospital, a UTI neonatal para atendimento às crianças com problemas ao nascer.

Verifica-se aumento no CMI no ano de 2006, devido a nascimentos de causa de óbito inevitável, como as anencefalias. A partir deste ano não foi mais permitida a interrupção da gestação de crianças que apresentassem malformação congênita incluindo as anencefalias. Antes de 2006, era possível interromper a gestação quando detectadas, desde que tivesse ordem judicial.

Do ano 2000 a 2002, os coeficientes mantiveram-se estáveis, apresentando ascensão em 2003. Com a preocupação em diminuir os coeficientes, nesse período foram intensificados os cuidados às gestantes, que além das demais ações foi instituído o Programa Mãe Vitoriosa. Além disso, foi concretizada a parceria com o hospital APMI para a realização de palestras educativas às gestantes, enfocando a orientação pré-natal e o cuidado com o recém-nascido. Nessa oportunidade a gestante é levada até a sala de parto do hospital para se familiarizar com o ambiente. O hospital APMI é considerado referência no atendimento obstétrico no município, além de possuir o título de Hospital Amigo da Criança, desde 2003.

A Tabela 4 apresenta as causas da mortalidade infantil neste período, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID 10, (Organização Mundial da Saúde, 2000), incluindo as malformações congênitas.

Tabela 4: Distribuição das Causas de Mortalidade NEONATAL PRECOCE no município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

| CID 10 | Causas | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | Total |
|--------|---|-----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| P00 | Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual | | | 1 | 1 | | | | | | 2 |
| P01 | Feto e recém-nascido com complicações maternas e da gravidez | | 1 | 1 | | | | | | | 2 |
| P02 | Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas | 1 | | | 1 | 1 | | | | | 3 |
| P03 | Feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto | | | 1 | | | | | | | 1 |
| P07 | Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer, não classificados em outra parte | 3 | | | | 1 | | 1 | 2 | 2 | 9 |
| P20 | Hipóxia Intra-uterina | | 1 | 2 | | | | | | | 3 |
| P21 | Asfixia ao nascer | 1 | | | | 1 | | | | | 2 |
| P22 | Desconforto respiratório do recém-nascido | 2 | 3 | 2 | | 2 | | | | | 9 |
| P24 | Síndrome de aspiração neonatal | | | | | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 7 |
| P25 | Enfisema intersticial e afecções correlatas originadas no período perinatal | | 1 | | | | | | | | 1 |
| P28 | Outras afecções respiratórias originadas no período perinatal | 1 | 1 | | 1 | 1 | | | | | 4 |
| P36 | Septicemia bacteriana do recém-nascido | 1 | | | | 2 | 1 | 2 | | | 6 |
| P39 | Outras infecções específicas do período perinatal | | | 1 | | | | | | | 1 |
| P96 | Outras afecções originadas no período perinatal | | | | 2 | | | | | | 2 |
| Q00 | Anencefalia e malformações similares | 2 | | | 1 | | | | 3 | | 6 |
| Q79 | Malformações congênitas do sistema osteomuscular não classificadas em outra parte | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Q89 | Outras malformações congênitas não classificadas em outra parte | | | | 1 | | | | | 1 | 2 |
| | TOTAL | 11 | 7 | 8 | 7 | 10 | 2 | 4 | 8 | 4 | 61 |

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do município de União da Vitória-PR, 2008.

Na Tabela 4, observa-se que no período neonatal precoce, 85,24%, (n=52) das causas dos óbitos referem-se ao grupo P, ou seja, causas decorrentes de problemas relacionados aos períodos que antecedem, acompanham e seguem o

parto, as quais geralmente estão associadas a problemas da mãe durante a gestação e à habilidade dos profissionais no momento do parto. Em 2004 foram 100% os motivos decorrentes relacionados ao grupo P de causas.

O grupo Q apresenta 14,75% (n=9) das causas de mortalidade, e está relacionado a malformações congênitas, anencefalias, deformidades e anomalias cromossômicas. Segundo Rugolo (2000), o grupo Q geralmente ocupa o primeiro lugar em populações desenvolvidas, por ser de difícil evitabilidade; entretanto, em União da Vitória, o grupo P ocupa a posição, que evidencia urgente necessidade de atenção para o acompanhamento do pré-natal e do parto; um maior número de profissionais para garantir a qualidade do atendimento à parturiente e ao recém-nascido; bem como constante atualização desses profissionais, aspectos solucionados em países desenvolvidos.

Observando-se pela descrição das causas, a mortalidade neonatal precoce está relacionada em porcentagem maior com problemas no decorrer do trabalho de parto como, por exemplo, o desconforto respiratório do recém-nascido e a asfixia da criança ao nascer.

França; Lansky (2008) descrevem que a asfixia neonatal é ainda uma das principais causas de morbidade e mortalidade hospitalar em RN e de seqüelas graves na vida da criança. Diz ainda, que há de forma geral um despreparo para o cuidado imediato das complicações do parto/nascimento, como a reanimação e estabilização materna e neonatal.

Todo serviço de assistência imediata à mulher e ao recém-nascido deveria oferecer condições satisfatórias na hora do atendimento, dada a imprevisibilidade das complicações que são esperadas em cerca de 15% dos partos, mesmo na gestação de baixo risco.

Estima-se que 3% dos recém-nascidos apresentam asfixia grave ao nascer, e, portanto, os serviços precisam estar preparados. Não raro mulheres e crianças em situações clínicas graves são transferidas sem sequer receber o primeiro atendimento recomendado, comprometendo seriamente o resultado final. A maior parte das mortes maternas, fetais e infantis precoces ocorre por causas evitáveis no período peri-parto, apesar de 97% dos partos ocorrerem predominantemente em

ambiente hospitalar no país, e com assistência médica. O número elevado de mortes por asfixia intra-parto, sobretudo de crianças com peso adequado ao nascer e em gravidez de baixo risco, demonstra o grande potencial de evitabilidade destas mortes (FRANÇA; LANSKY 2008).

A seguir, será realizada uma análise das fichas de investigação dos óbitos infantis no período neonatal precoce nos anos de 1999 a 2007.

4.6 ANÁLISE DAS FICHAS DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL DE ÓBITO INFANTIL

O CMI no Brasil vem apresentando constante queda, no entanto, vários são os fatores que podem estar relacionados a mortalidade. Schoeps *et al.* (2007) descrevem que os fatores de risco envolvem os nascimentos pré-termo, são o baixo peso ao nascer e a presença de intercorrências durante o período gestacional. O autor considera também que as características biológicas da mãe e da criança, bem como as condições que vivem e as de atenção a saúde prestadas à elas, constituem-se de fatores importantes para a elucidação da mortalidade infantil.

No intuito de elucidar fatos relativos ao comportamento do coeficiente de mortalidade infantil no período neonatal precoce, nos anos de 1999 a 2007, no município de União da Vitória-PR, realizou-se o cruzamento de variáveis. Do total dos 61 óbitos ocorridos entre 1999 a 2007, com crianças menores de um ano, no período neonatal precoce, foram analisados 47 óbitos, sendo excluídos os casos que não tinham investigação completa (2 casos). Além desses, os que tinham anencefalia e malformação congênita como causa de óbito (9 casos), não fizeram parte da amostra por serem considerados de difícil evitabilidade.

Desta forma, a primeira variável verificada refere-se ao sexo das crianças que foram a óbito no período. Foram 48,9% (n=23) crianças do sexo masculino e 51,1% (n=24) do sexo feminino. Observa-se assim que a proporção de óbitos apresenta-se maior no sexo feminino, com diferença mínima. Conforme Menezes *et al.* (1998), o seu estudo realizado em Pelotas-RS mostrou que as crianças do sexo masculino

apresentaram risco maior para mortalidade neonatal precoce em relação às do sexo feminino.

Também no estudo realizado por Schoeps *et al.* (2007) verificaram que 60,3% dos óbitos neonatais precoce foram de crianças do sexo masculino. Isto justifica que a questão do gênero deve ser considerada nas análises.

Pereira (1999) em consonância com os autores acima argumenta que os motivos que levam a maior mortalidade no sexo masculino, tem a primeira explicação traduzida na possibilidade de a mulher ser, biologicamente, mais forte do que o homem. As taxas de mortalidade fetal, perinatal e infantil são, consistentemente, mais elevadas no sexo masculino, o que apóia essa afirmação. Mas descreve considerar que em qualquer população humana, são concebidos mais homens do que mulheres, e também nascem mais homens do que mulheres.

Já os estudos realizados por Araújo *et al* (2000) citam que um dos principais motivos da menor mortalidade no sexo feminino é o amadurecimento do pulmão fetal, o que ocorre precocemente nesse sexo, diminuindo, com isso, a incidência de problemas respiratórios do recém-nascido, os quais figuram entre as principais causas de óbito no período neonatal.

No entanto, os resultados do estudo sobre União da Vitória não traduzem a realidade encontrada na literatura científica, mas concordam que a mortalidade é influenciada pelas características biológicas da criança.

A distribuição dos óbitos por faixa etária também foi verificada através de freqüência simples, como mostra a Tabela 5, apontando que as crianças com idade entre 1 a 7 dias morreram em porcentagem maior do que as de até 1 dia.

Segundo Rugolo (2000), a sobrevivência dos recém-nascidos no primeiro dia, morrendo tardiamente, pode ser resultado de boas condições de assistência imediata, mas que não se traduz necessariamente na sua continuidade, seja pelas condições em que se deram os nascimentos ou por deficiências na condução do tratamento. Além das hipóteses apresentadas por Rugolo (2000), cabe considerar as condições da criança ao nascimento, tais como peso ao nascer e idade gestacional, as quais também estão diretamente ligadas à sobrevivência.

Em relação às mortes ocorridas no primeiro dia de vida (n=21), de acordo com Araújo *et al.* (2000), essas ocorrem devido a um grupo de recém-nascidos que nascem em precárias condições, como os prematuros extremos e aqueles com malformações incompatíveis com a vida. Os autores salientam que com a sofisticação tecnológica cada vez maior das UTIs neonatais, muitos recém-nascidos com problemas graves e com poucas chances de vida têm a vida prolongada artificialmente, vindo a falecer nos dias subseqüentes, inclusive após o período neonatal precoce, o que pode resultar em diminuição nos coeficientes de mortalidade na primeira semana de vida, sem que signifique melhora nas condições de atendimento à gestante e ao recém-nascido.

A causa básica dos óbitos em relação a idade das crianças foi outra variável analisada nas investigações de óbitos no período neonatal precoce.

Tabela 5: Relação entre idade da criança e causas dos óbitos

| Causas dos Óbitos | Até 1 dia | 1 a 7 dias | TOTAL |
|--|------------------|-------------------|--------------|
| Anóxia Perinatal | 1 | 1 | 2 |
| Asfixia ao Nascer | 1 | 0 | 1 |
| Asfixia por Aspiração Meconial | 2 | 4 | 6 |
| Morte Súbita | 0 | 2 | 2 |
| Descolamento Prematuro da Placenta | 1 | 2 | 3 |
| Insuficiência Respiratória do Recém Nascido | 12 | 12 | 24 |
| Pneumonia Aspirativa | 0 | 1 | 1 |
| Septicemia | 1 | 2 | 3 |
| Síndrome da Angústia Respiratória do Recém Nascido | 3 | 2 | 5 |
| TOTAL | 21 | 26 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

De acordo com a Tabela 5, a causa de óbito de maior incidência no período estudado foi a Insuficiência Respiratória do Recém-Nascido, responsável por 24 óbitos do total de casos. 12 dessas crianças, pela descrição contida no prontuário hospitalar que acompanha a investigação de cada óbito infantil, tinham doença de membrana hialina. Observa-se, também, que todas as causas estão diretamente ou indiretamente relacionadas a problemas respiratórios.

Considerando-se a relação entre a causa básica e a idade gestacional, observou-se que, dos 47 óbitos, em 30 deles as crianças eram prematuras e a imaturidade pulmonar pode ter dificultado a sobrevivência delas, como pode ser observado na Tabela 6.

Tabela 6: Relação entre causa do óbito e idade gestacional em semanas

| Causa do Óbito | Idade Gestacional | | | | | TOTAL |
|---|-------------------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | 0-21 | 22-27 | 28-36 | 37-41 | 42 ou + | |
| Anóxia Perinatal | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Asfixia ao Nascer | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Asfixia por Aspiração Meconial | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Descolamento Prematuro da Placenta | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| Insuficiência Respiratória do Recém Nascido | 1 | 10 | 9 | 9 | 1 | 30 |
| Morte Súbita | 0 | 0 | 0 | 2 | | 2 |
| Pneumonia Aspirativa | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Septicemia | 0 | 1 | 4 | 1 | 0 | 6 |
| TOTAL | 1 | 13 | 14 | 18 | 1 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Ainda em relação aos dois óbitos cuja causa básica foi morte súbita, as fichas de investigação de óbito infantil indicam que eles ocorreram no domicílio. De acordo com o Comitê de Investigação e Análise dos Óbitos Infantis, as mortes podem ter sido causadas por inalação de conteúdo gástrico, ou por morte súbita na infância. Esse fato não pôde ser comprovado cientificamente pela autópsia, pois em União da Vitória não existe SVO.

O local de ocorrência dos óbitos foi mais uma das variáveis analisadas, e observou-se que 89,36% (n=42), dos óbitos ocorreram com assistência médico-hospitalar. Dado semelhante com o deste estudo, no que diz respeito ao local de ocorrência e idade da criança no momento do óbito, foi encontrado em Maringá-PR, onde estudo apontou que 96,6% dos óbitos neonatais ocorreram no hospital e, 90% deles se deram na primeira semana de vida. O estudo sobre Maringá-PR, mostra que a mortalidade neonatal está vinculada a fatores biológicos e de assistência intra-hospitalar. Sua redução tem custo elevado e está vinculada a investimentos consideráveis destinados a fortalecer os serviços hospitalares públicos ou privados, de alta complexidade. A redução dos óbitos no período neonatal precoce depende

de novas estratégias no campo da assistência perinatal com ações dirigidas ao desenvolvimento e fortalecimento dos serviços de saúde materno-infantis (BERCINI, 1994).

No estudo das variáveis maternas relacionadas com a mortalidade infantil neonatal precoce, observou-se que 57,4% (n=27) das mães tinham idade entre 20 e 34 anos e 23,4% (n=11) delas tinham entre 14 e 19 anos. Desde 1999 a 2007, dos 8.576 nascimentos ocorridos em União da Vitória, registrados no SINASC, 21,84% das mães eram adolescentes. No Brasil e no Estado do Paraná, no ano de 2006, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2008) o índice de mães que tiveram filhos na adolescência foi de, respectivamente, 25,2 e 19,8.

Segundo Pereira (1999), a maior contribuição à fecundidade é de mulheres com idade entre 20 e 34 anos, sendo que os grupos etários extremos para a reprodução (idade inferior a 20 e superior a 35 anos) constituem grupos de alto risco para a mortalidade materna como neonatal. Estudo realizado no Sul do Brasil por Araújo *et al* (2000), indica que a idade materna superior a 35 anos foi uma condição que aumentou em cinco vezes o risco de óbitos neonatais precoces. Já no município do Rio de Janeiro, a proporção de mães adolescentes por bairros foi a variável explicativa da análise espacial da mortalidade neonatal precoce. Isso se justificou pela expressiva correlação entre a elevada proporção de mães adolescentes, à falta de atenção pré-natal, o baixo nível de instrução materna e a pobreza (ANDRADE; SZWARCOWALD, 2001).

Tabela 7: Relação entre idade da mãe e anos de estudo

| Idade da Mãe | Anos de estudo da mãe | | | | | TOTAL |
|--------------|-----------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Nenhuma | 1 a 3 | 4 a 7 | 8 a 11 | 12 e mais | |
| 14 a 19 | 1 | 1 | 4 | 5 | 0 | 11 |
| 20 a 34 | 0 | 3 | 10 | 9 | 5 | 27 |
| 35 a + | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 9 |
| TOTAL | 2 | 8 | 16 | 15 | 6 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Na Tabela 7 observa-se que na idade entre 20 a 34 anos, foi quando as mães perderam a maioria das crianças, elas possuíam escolaridade de 8 anos ou mais de estudo.

Quanto à variável escolaridade da mãe avaliada isoladamente, retirada do número total de óbitos, mostra que 26 das mães possuíam de 0 a 7 anos de estudo, e 21 das mães possuíam de 8 ou mais anos de estudo. Estes resultados se confrontam com um estudo realizado em Pelotas-RS, por Menezes *et al* (1998), o qual comprovou que crianças pertencentes a famílias pobres ou com pouca escolaridade apresentam mortalidade perinatal até três vezes maior do que aquelas de famílias abastadas ou com grau elevado de escolaridade. Outro estudo realizado por Araújo (2000), diz que filhos de mães analfabetas apresentaram 4,5 vezes mais risco de ter óbito neonatal do que de mães com grau superior. Desta forma, mais pesquisas do presente estudo precisam ser realizadas para elucidar os resultados obtidos no período estudado.

Ao realizar o cruzamento entre escolaridade da mãe e causa básica de óbito (Tabela 8), observou-se que as 28 mães que perderam suas crianças por insuficiência respiratória do recém-nascido, possuíam de 4 a 11 anos de estudo. Das duas crianças que tiveram como causa básica, morte súbita (bronco aspiração), as mães eram analfabetas.

Tabela 8: Relação entre causa do óbito e anos de estudo

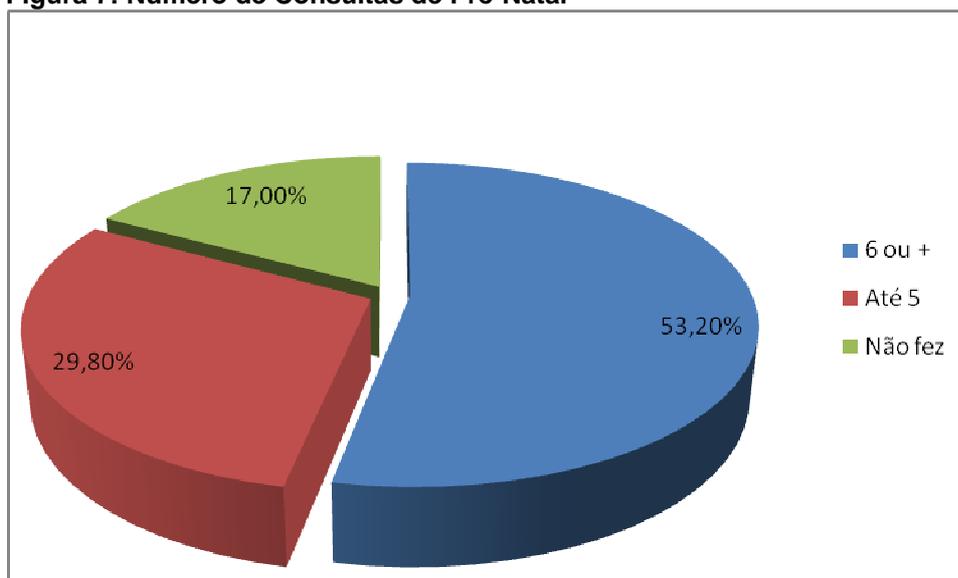
| Causa do Óbito | Nenhuma | De 1 a 3 | De 4 a 7 | De 8 a 11 | De 12 e mais | TOTAL |
|---|----------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------------|--------------|
| Anóxia Perinatal | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Asfixia ao Nascer | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Asfixia por Aspiração Meconial | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| Descolamento Prematuro da Placenta | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 |
| Insuficiência Respiratória do Recém Nascido | 6 | 3 | 10 | 10 | 0 | 29 |
| Morte Súbita | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Pneumonia Aspirativa | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Septicemia | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| TOTAL | 8 | 8 | 13 | 16 | 2 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil no município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Quanto à história reprodutiva prévia das mães (quantas gestações a mesma teve anteriormente), o estudo mostrou que 16 delas eram primíparas (primeira gestação) e 31 eram multíparas (mais de uma gestação). Ainda, do total de multíparas, de acordo com a ficha de investigação dos óbitos, 6 tiveram 4 ou mais gestações e 12 das mães haviam passado por um aborto em algum momento de suas vidas.

Em estudos realizados por Menezes *et al* (1998) foi relatado risco duas vezes maior para mortalidade infantil peri-natal em mulheres multíparas que relatavam história de baixo peso prévio.

Figura 7: Número de Consultas de Pré-Natal



Fonte: SINASC, Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Quanto à variável número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes, verificou-se que 53,1% (n=25) das mães fizeram seis ou mais consultas de pré-natal, 29,78% (n=14) fizeram até cinco consultas e 17% (n=8) mães não fizeram nenhuma consulta de pré-natal. Este indicador aponta que o número de consultas de pré-natal considerado ideal, que é de seis consultas, foi realizado pela maioria das mulheres. Ao relacionar o número de consultas de pré-natal com escolaridade da mãe, como mostra a tabela 9, observa-se que 13 das mães com 0 a

7 anos de estudo, fizeram seis ou mais consultas de pré-natal e 12 das mães com 8 anos ou mais de estudo também realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal.

Das mães que não fizeram nenhuma consulta de pré-natal, metade delas (n=4) estudou até sete anos, e a outra metade oito anos ou mais (n=4). Demonstrando que o menor grau de escolaridade, não influenciou significativamente na realização das consultas e pré-natal.

Tabela 9: Relação entre número de consultas de pré-natal e escolaridade

| Nº Consultas Pré Natal | Nenhuma | 1 a 3 | 4 a 7 | 8 a 11 | 12 e mais | TOTAL |
|-------------------------------|----------------|--------------|--------------|---------------|------------------|--------------|
| Não fez | 0 | 2 | 2 | 3 | 1 | 8 |
| Até 5 | 1 | 1 | 7 | 3 | 2 | 14 |
| 6 ou + | 1 | 5 | 7 | 9 | 3 | 25 |
| TOTAL | 2 | 8 | 16 | 15 | 6 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

De acordo com Victora; Cesar (2003, p. 427-428), sete de seus estudos forneceram informações quantitativas quanto ao impacto da atenção pré-natal na sobrevivência infantil. A maioria desses estudos investigou a mortalidade neonatal precoce. Os estudos foram realizados em diferentes locais, em períodos distintos e usando categorias diferentes de atenção pré-natal para a apresentação de resultados, mas todos revelaram uma associação protetora da atenção pré-natal.

Três desses estudos revelou que as mães com menos de cinco consultas apresentaram um risco 2,5 vezes maior do que as demais para a mortalidade infantil.

Os autores sugerem ainda que a melhoria na cobertura da atenção pré-natal poderia ter um impacto sobre a mortalidade. Mesmo sabendo que as informações sobre a qualidade do pré-natal são limitadas, é possível sugerir que a sua qualidade é baixa. As carências do ponto de vista qualitativo do pré-natal parecem ser mais importantes que as quantitativas. Mas sabe-se que melhorar o pré-natal é medida prioritária para a redução da mortalidade infantil (VICTORA; CESAR, 2003).

Outra variável analisada que mostrou resultado relevante, foi o local onde as mães realizaram o pré-natal, apontando que a maioria delas o fizeram na rede pública. Esse dado pode indicar a necessidade de estudos mais aprofundados em

relação à captação precoce da gestante ao pré-natal realizado pela rede pública, e a qualidade do mesmo. Para isso precisa-se repensar sobre políticas que podem melhorar essa captação, como por exemplo, a intensificação das ações realizadas pelas equipes de PSF na busca ativa das gestantes, bem como, disponibilizar agentes comunitários de saúde para atendimento em locais onde não existe cobertura pelo PSF.

Um estudo realizado em São Paulo por Poles; Parada (2002), mostrou que 68,75% das mães realizaram acompanhamento pré-natal em serviço público de saúde. Elas iniciaram o acompanhamento precocemente, com adequado número de consultas, realização de exames laboratoriais e muitas vezes, ultrassonografia. Mesmo assim a evolução da gestação/parto foi negativa culminando com a morte infantil. Isso faz lembrar que o atendimento pré-natal implica na realização de uma série de atividades rotineiras. Mas apenas uma boa cobertura numérica destas atividades não garante assistência de qualidade.

Um cruzamento realizado entre a idade da mãe e o número de consultas de pré-natal, mostrou que a mãe adolescente e a mãe com mais de 35 anos foram as que realizaram respectivamente, menor número de consultas de pré-natal. Um fator que chamou a atenção foi o fato de que das onze crianças filhas de mães adolescentes, 10 eram prematuras e, das nove crianças, filhas de mães com mais de 35 anos, três eram prematuras, o que pode estar relacionado ao número de consultas de pré-natal insuficientes.

Tabela 10: Relação entre idade da mãe e nº de consultas de pré-natal

| Idade da Mãe | Nº DE CONSULTAS | | | TOTAL |
|--------------|-----------------|-------|---------|-------|
| | 6 ou + | Até 5 | Não fez | |
| 14 a 19 | 2 | 7 | 2 | 11 |
| 20 a 34 | 19 | 4 | 4 | 27 |
| 35 a + | 4 | 3 | 2 | 9 |
| TOTAL | 25 | 14 | 8 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

No entanto, temos que considerar que mulheres que tiveram filhos pré-termo, também têm menos chance de completarem as consultas pré-natais, além disso, seus filhos têm risco aumentado de óbito pela baixa idade gestacional e/ou peso ao nascer. Além disso, a gestante adolescente tende a gerar filhos prematuros ou com

baixo peso em função dos riscos relacionados à sua condição fisiológica, acontecendo o mesmo com as gestantes com idade acima de 35 anos.

No presente estudo, das 47 mães que fazem parte da amostra, 41 mães apresentaram em algum momento da gestação, um ou mais fatores de risco que podem ter influenciado na mortalidade infantil. Esses fatores estão relacionados na tabela abaixo.

Tabela 11: Distribuição dos fatores de risco relacionados a mãe

| Fatores de risco | Freqüência |
|-------------------|------------|
| Sangramento | 11 |
| Tabagismo | 6 |
| Hipertensão | 7 |
| Gemelaridade | 6 |
| Infecção Urinária | 5 |
| Diabetes | 2 |
| Alcoolismo | 3 |
| Toxoplasmose | 1 |
| TOTAL | 41 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

O tabagismo aparece em terceiro lugar como fator de risco associado aos óbitos, e quando investigado em relação ao aborto, observou-se que 3 das mães com história de aborto eram tabagistas. Um dos fatores de risco para as crianças filhas de mães tabagistas é o baixo peso ao nascer, que juntamente com a prematuridade, foi observada nesse estudo (Tabelas 12 e 13).

Tabela 12: Relação entre Tabagismo e Prematuridade

| Prematuridade | Tabagismo | | TOTAL |
|---------------|-----------|-----|-------|
| | Sim | Não | |
| Sim | 3 | 27 | 30 |
| Não | 3 | 14 | 17 |
| TOTAL | 6 | 41 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Tabela 13: Relação entre Tabagismo e Baixo Peso

| Baixo Peso | Tabagismo | | TOTAL |
|--------------|-----------|-----------|-----------|
| | Sim | Não | |
| Sim | 4 | 23 | 27 |
| Não | 2 | 18 | 20 |
| TOTAL | 6 | 41 | 47 |

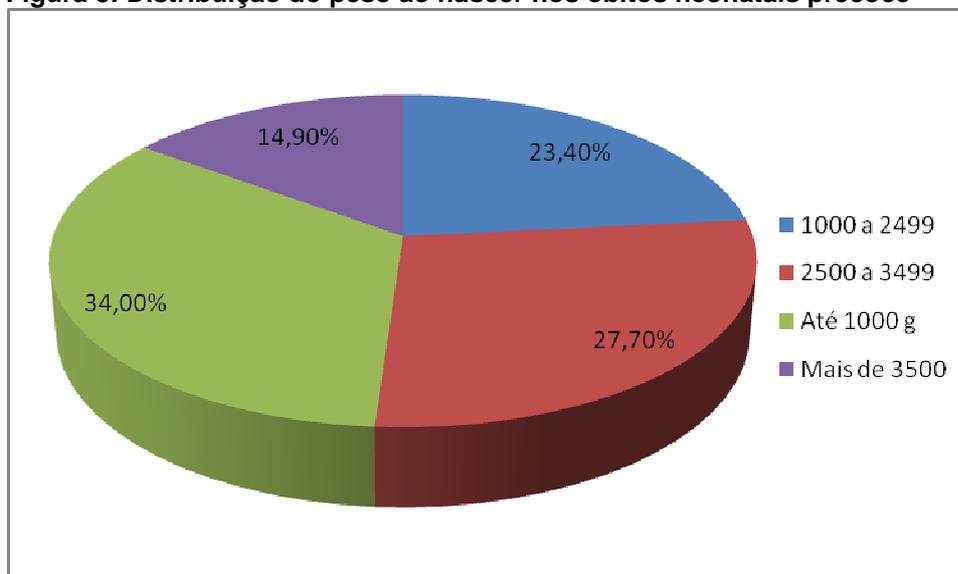
Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

A correlação entre hipertensão e evolução da pressão arterial durante o trabalho de parto mostrou que das sete mães com história de hipertensão prévia, 3 evoluíram para pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, ou seja, metade dos casos. Este fato sugere a falta de atenção e monitoramento da gestante, antes e durante o trabalho de parto.

Em relação ao fator de risco infecção urinária, os 5 casos de infecção urinária das mães durante a gestação, encontrados neste estudo, estão todos relacionados ao trabalho de parto prematuro. Segundo Telarolli Júnior (1997) as infecções urinárias e outras doenças infecciosas na mulher grávida devem ser tratadas rapidamente. Esses problemas de saúde podem desencadear contrações do útero causando aborto ou parto prematuro antes do final da gravidez. Quando o parto é prematuro, a criança nasce com baixo peso ficando mais sujeita a várias doenças que podem levá-la a morte.

No que diz respeito à variável peso ao nascer, de acordo com a Figura 9, observou-se que o baixo peso da criança ao nascer aparece como um fator de risco importante para a mortalidade infantil no período neonatal precoce. Das 47 crianças que foram a óbito, 27 nasceram com baixo peso. Magalhães e Carvalho (2003) afirmam que o baixo peso ao nascer é importante fator de risco para a mortalidade neonatal.

Figura 8: Distribuição do peso ao nascer nos óbitos neonatais precoce



Fonte: SINASC, Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Segundo Victora; César (2003, p. 430), vários estudos brasileiros fornecem informações sobre os riscos relativos de mortalidade infantil associada com baixo peso ao nascer e todos eles mostram um aumento do risco de mortalidade para recém-nascidos com baixo peso ao nascer. Duas abordagens específicas para uma melhora no baixo peso ao nascer é melhorar a nutrição materna e reduzir o fumo durante a gravidez.

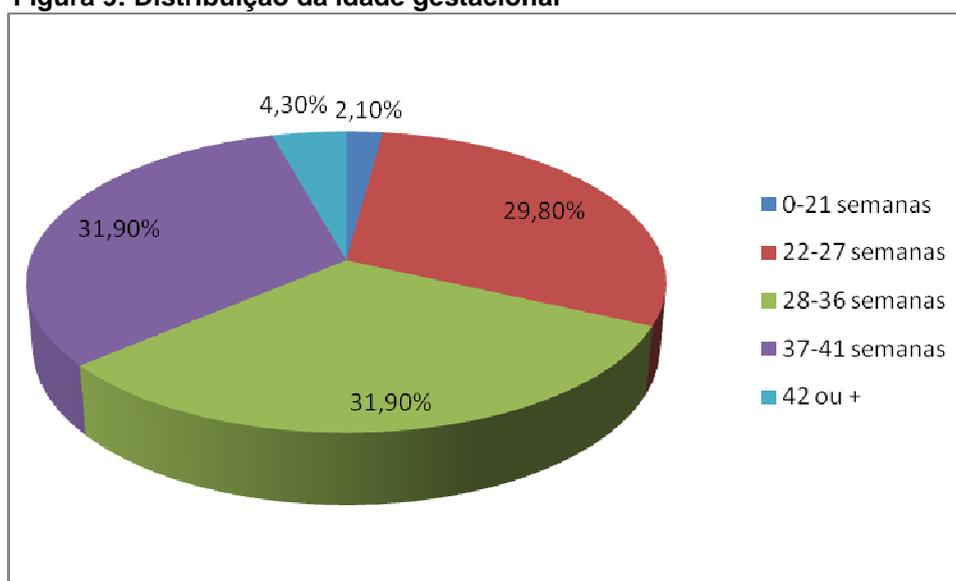
A análise da idade gestacional (Figura 9) mostrou que 30 das crianças que foram a óbito no período neonatal precoce eram prematuras. A prematuridade é considerada um fator de risco importante que contribuiu para a mortalidade infantil no período estudado. A relação entre baixo peso e prematuridade (Tabela 14) indicou que 26 dos recém-nascidos prematuros apresentaram baixo peso ao nascer, indicando um fator de risco para o óbito. Observa-se que a letalidade foi maior quanto menor o peso e a idade gestacional.

Na mesma tabela, observa-se que apenas 17 das crianças nasceram com peso adequado e idade gestacional a termo.

Estudo relacionando o baixo peso ao nascer e a prematuridade, foi realizado por Magalhães; Carvalho (2003), sobre um hospital do município de Juiz de Fora-MG. Segundo esses autores, a prematuridade e o baixo peso ao nascer, refletem as

deficiências na qualidade da assistência no pré-natal ou parto, ou em ambos, e certamente retarda a realização de uma conduta indicada.

Figura 9: Distribuição da idade gestacional



Fonte: SINASC, Secretaria Municipal de Saúde de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

A Tabela 14 também permite observar que entre as 20 crianças com peso superior a 2.500 kg, apenas 1 era prematura. Uma análise mais aprofundada das fichas de investigação, mostrou que, das 20 crianças com peso adequado, 17 não eram prematuras e todas tiveram sofrimento fetal. Barros *et al.*, (1987) afirmam que existe consenso de que se uma proporção elevada de crianças falecidas apresentavam peso apropriado, este dado por si só indica que deficiências devem ter ocorrido na assistência à saúde prestada àquela população, ou seja, os óbitos são influenciados pelo manejo obstétrico e falhas na qualidade da assistência neonatal.

Tabela 14: Relação entre Prematuridade e Baixo Peso

| Prematuridade | Baixo Peso | | TOTAL |
|---------------|------------|-----|-------|
| | Sim | Não | |
| Sim | 26 | 4 | 30 |
| Não | 1 | 16 | 17 |
| TOTAL | 27 | 20 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Com relação às condições da vitalidade ao nascimento, medida pelo índice de Apgar, observou-se nesse estudo, (Tabela 13, Anexo 3), que o Apgar no quinto minuto foi considerado um fator de risco, uma vez que 25 das 47 crianças que foram a óbito tiveram Apgar até 6, quer dizer que nasceram com algum complicador fisiológico ao nascer.

Em estudo realizado por Araújo *et al* (2000), observou-se que os recém-nascidos que tiveram um Apgar no primeiro minuto inferior a 7 apresentaram risco maior de morrer na primeira semana. Um dado relacionado ao Apgar foi encontrado em estudo realizado pelo Grupo Colaborativo de Estudos Perinatais (1996). Os recém-nascidos cujos valores de Apgar no primeiro minuto foram menores que 7 tiveram prognóstico pior. A letalidade entre eles era dez vezes maior do que a dos não expostos a essa situação. Esse estudo diz ainda que, quando a hipoxia for prolongada, representada pelo Apgar menor que 7 até o 5º minuto, a letalidade, foi aproximadamente o dobro da detectada entre os recém-nascidos com Apgar baixo apenas no 1º minuto. As intervenções para reduzir a hipoxia perinatal podem ser um método de custo-benefício para se obter redução da mortalidade infantil e prevenir seqüelas.

No que diz respeito à renda familiar os dados apontam que 20 das famílias que perderam seus recém-nascidos, ganha até 1 salário mínimo. O cruzamento entre as variáveis escolaridade e renda familiar (tabela 16), apontou que de 20 mães que possuíam renda até 1 salário mínimo, 17 tinham de 0 a 7 anos de estudo. Estes dados sugerem associação entre baixa renda e baixa escolaridade entre as mães que perderam seus filhos.

Tabela 15: Relação entre anos de estudo e renda familiar

| Anos de Estudo | 1 Salário | 2 Salários | 3 ou mais | Desempregado | TOTAL |
|----------------|-----------|------------|-----------|--------------|-----------|
| De 1 a 3 | 4 | 3 | 0 | 1 | 8 |
| De 4 a 7 | 12 | 3 | 0 | 1 | 16 |
| De 8 a 11 | 3 | 5 | 4 | 3 | 15 |
| De 12 e mais | 0 | 3 | 3 | 0 | 6 |
| Nenhuma | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| TOTAL | 20 | 15 | 7 | 5 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória/PR de 1999 a 2007.

Segundo Andrade; Soares; Matsuo (2006), uma das maneiras mais utilizadas para medir o nível socioeconômico é através da renda, individual ou familiar, relacionada à situação corrente do indivíduo. Diferentemente da renda, o grau de escolaridade não depende das condições atuais, sendo também um importante indicador social por estar relacionado ao nível de conhecimento e ao estado de cognição pessoal.

Tabela 16: Relação entre baixo peso e renda familiar

| Baixo Peso | Renda | | | TOTAL | |
|--------------|--------------|-----------|------------|----------|-----------|
| | Desempregado | 1 Salário | 2 Salários | | 3 ou mais |
| Sim | 4 | 11 | 9 | 3 | 27 |
| Não | 1 | 9 | 6 | 4 | 20 |
| TOTAL | 5 | 20 | 15 | 7 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR, 1999 a 2007.

Na maioria das famílias que declararam estarem desempregados, houve registro de baixo peso da criança ao nascer. Informação semelhante foi encontrada no estudo realizado por Andrade; Szwarcwald (2001). Os autores dizem que na cidade de Porto Alegre-RS, concluiu-se que a maior taxa de mortalidade infantil e menor peso ao nascer ocorre entre as famílias de extrema pobreza, identificando assim sub-grupos da população que necessitam de ações de saúde específicas.

A relação entre idade da mãe e baixo peso da criança, apontou para os seguintes resultados:

Tabela 17: Relação entre idade da mãe e baixo peso do recém-nascido

| Idade da Mãe | Baixo Peso | | TOTAL |
|--------------|------------|-----------|-----------|
| | Sim | Não | |
| 14 a 18 | 10 | 1 | 11 |
| 19 a 34 | 12 | 15 | 27 |
| 35 a + | 5 | 4 | 9 |
| TOTAL | 27 | 20 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Para o presente estudo, foi considerado para definir a gestação na adolescência, os parâmetros do ECA que considera adolescência entre doze e dezoito anos completos (PARANÁ, 2001). A Tabela acima mostra que das 27 crianças que nasceram com baixo peso, 10 eram filhas de mães adolescentes. Mas

a concentração dos óbitos se manteve maior em 12 mães com idade entre 20 e 34 anos. Contudo, há de se considerar que, proporcionalmente, a maior incidência de crianças com baixo peso foi as com mães adolescentes, ou seja, em 10 das 11 crianças. Carvalho; Ramos (2005) relatam que a mulher é biologicamente madura 5 anos após a menarca, que isso tem maior impacto na gestação do que sua idade cronológica. Por exemplo, uma garota de 16 anos geralmente está biologicamente madura, embora possa não o ser emocional, econômico, educacional ou psicossocialmente. O seu corpo está preparado para a função reprodutiva; entretanto, se engravidar nos seus primeiros anos pós-menarca, as demandas do seu desenvolvimento poderão levar a indesejáveis resultados reprodutivos.

Estudo realizado no município do Rio de Janeiro por Gama *et al* (2001) fala da gravidez na adolescência como um fator de risco para crianças com baixo peso ao nascer. No que diz respeito ao recém-nascido, a mortalidade infantil tem sido referida como o principal prejuízo da gravidez na adolescência. O estudo diz ainda que os inúmeros avanços nos diagnósticos pré-natais não modificam a realidade apresentada de que a prematuridade e o baixo peso ao nascer são as principais causas da morbidade e mortalidade no primeiro ano de vida.

No que diz respeito aos dados relacionados ao tipo de parto, pode-se observar que 31 foram normais e 16 foram parto cesareana. Esses resultados são próximos aos encontrados no estudo de Bohland; Jorge (1999) realizado no estado de São Paulo, que foram de 66,8% e 32,9%, respectivamente. Estes autores citam taxas de parto cesariana inferiores a esses nos Estados Unidos, 22,7%, e na Suécia, 11,6%.

A OMS recomenda que somente 15% de todos os partos sejam operatórios. No presente estudo, observou-se que se, em alguns casos o parto operatório tivesse sido procedimento de escolha, possivelmente as chances de sobrevivência das crianças seriam maiores, teria sido evitado principalmente tantos casos de sofrimento fetal.

A relação entre tipo de parto e sofrimento fetal mostrou que dos 31 partos normais, em 23 deles houve sofrimento fetal. Este fato pode estar relacionado com problemas prévios com a gestação, ou a falta de preparo e habilidade dos profissionais de saúde no atendimento ao trabalho de parto.

Tabela 18: Relação entre tipo de parto e sofrimento fetal

| Tipo de parto | Sofrimento fetal | | TOTAL |
|---------------|------------------|-----------|-----------|
| | Sim | Não | |
| Cesárea | 12 | 4 | 16 |
| Normal | 23 | 8 | 31 |
| TOTAL | 35 | 12 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

De nada adianta insistir em procedimentos para diminuir os índices de cesarianas se a equipe de saúde não está devidamente preparada para atender o trabalho de parto normal, expondo os recém-nascidos ao risco de traumatismos obstétricos e de anóxia e hipóxia (VICTORA; CESAR, 2003).

Esses autores relatam que em Maringá-PR, partos normais também mostraram-se associados a um aumento de 2,2 vezes nas mortes por causas perinatais. Dizem ainda que o excesso de mortalidade entre essas crianças se deve, provavelmente, ao atendimento inadequado durante o trabalho de parto. Também é relevante a observação de que em países desenvolvidos cerca de 6% das crianças apresentaram baixo peso ao nascer. No entanto, a mortalidade infantil é cerca de 6 por 1.000, ou seja, 5 vezes mais baixa do que a brasileira. Esses dados mostram a importância da intervenção para melhorar o atendimento ao parto através de treinamento da equipe hospitalar (VICTORA; CESAR, 2003).

Outro fator importante que pode ter influenciado no número de partos normais é a renda familiar (Tabela 4, Anexo 2), pois ao comparar-se o número de óbitos, observou-se que o parto normal ocorreu em maior proporção em famílias de baixa renda (até um salário mínimo). Dos 47 óbitos ocorridos, 31 das crianças nasceram de parto normal e destas, 25 faziam parte de família cuja renda era de até um salário mínimo. A mesma tabela mostra que, o maior número de partos normais ocorreu em mães de baixa renda e que 10 das 16 mães que realizaram parto operatório possuíam uma renda familiar de 2 a mais salários mínimos.

Em relação ao trabalho de parto, 11 das mães tiveram trabalho de parto prolongado. A relação entre trabalho de parto prolongado e tipo de parto (Tabela 19), mostrou que de 11, em apenas 2 partos foi realizado cesariana, o que permite questionar se os demais trabalhos de parto prolongados também não seriam

indicativos da necessidade de realização de parto operatório e quais os critérios de avaliação usados para a indicação da melhor condição de nascimento da criança.

Segundo Telarolli Junior (1997), nesses casos, é preciso considerar que, quando o trabalho de parto é demorado, o bebê pode nascer em más condições de saúde, pois pode aspirar o líquido amniótico em que está imerso desde o início da gravidez .

Tabela 19: Relação entre trabalho de parto prolongado e tipo de parto

| Trabalho de parto prolongado | Tipo de Parto | | TOTAL |
|------------------------------|---------------|-----------|-----------|
| | Cesárea | Normal | |
| Sim | 2 | 9 | 11 |
| Não | 14 | 22 | 36 |
| TOTAL | 16 | 31 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR, 1999 a 2007.

Em 29 registros de trabalho de parto prolongado 18 deles ocorreram com mães múltiparas.

Tabela 20: Relação entre trabalho de parto prolongado e número de gestações

| Trabalho de parto prolongado | Número de Gestações | | TOTAL |
|------------------------------|---------------------|-----------|-----------|
| | Primípara | Múltipara | |
| Sim | 11 | 18 | 29 |
| Não | 5 | 13 | 18 |
| TOTAL | 16 | 31 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Desta forma, surge uma associação entre parto normal, multiparidade, baixa renda familiar, uma vez que, 20 mães apresentaram todos esses fatores de risco associados.

Quanto aos fatores de risco relacionados ao momento do parto, esse estudo mostrou que 35 das crianças que foram a óbito tiveram sofrimento fetal, em 10 dos nascimentos a bolsa estava rota, em 12 houve bronco aspiração, em 9 dos nascimentos as crianças apresentaram infecção perinatal pré existente, desses, 5 decorrentes de infecção urinária não tratada na gestação e em 5 dos casos houve descolamento prematuro da placenta.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que a redução dos coeficientes de mortalidade infantil em geral, está associada definitivamente às políticas públicas de saúde implantadas e realizadas nos anos de 1999 a 2007. No período pós-neonatal, sobre o qual se observou a maior redução, estas ações foram mais eficazes. Foram de menor eficácia no período neonatal tardio devido a oscilação apresentada. No período neonatal precoce, as ações de saúde diminuíram a mortalidade infantil entre 1999 a 2000, mantendo-se instável nos outros anos. Os óbitos ocorridos no período neonatal precoce são de difícil redução em relação aos outros períodos porque incluem complicações relacionadas ao período pré, trans e pós-parto.

Desta forma, com exceção dos óbitos devido às malformações, os demais ocorridos no período neonatal precoce poderiam ter sido evitados pelo adequado acompanhamento e controle do pré-natal, do parto e da criança.

A implantação e implementação de vários programas e ações em nível estadual e municipal são apontados como responsáveis pela redução da mortalidade infantil. Entre eles destacam-se o PACS; PSF; a implantação do SINASC e do SIM; implantação dos Comitês Estadual e Municipal de Investigação de óbitos infantis; o Programa Bolsa Família; Programa de suplementação alimentar; Programa Fome Zero; Hospital amigo da criança; Programa protegendo a vida; implantação de UTIs neonatal; PAISC; PAISM; o SISVAN; Programa Vida Vitoriosa; Plantão médico obstétrico 24 horas; intensificação do Programa de planejamento familiar; implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento; criação do ambulatório de atendimento pediátrico de alto risco e implantação do Programa Mãe Vitoriosa.

Através da descrição dos coeficientes da mortalidade infantil geral, observou-se que houve diminuição de 84,20% da mortalidade infantil em União da Vitória-PR entre os anos de 1999 a 2007. Houve também redução no número de nascimentos em 50%, nos mesmos anos.

Em relação à descrição dos coeficientes segundo a sua divisão por períodos, observou-se que no período neonatal precoce os coeficientes de mortalidade infantil apresentaram tendência de estabilização, com média nos anos de 1999 a 2007, de 6,79 por mil nascidos vivos, que se manteve abaixo da média do Estado do Paraná. Quanto ao período neonatal tardio, o estudo revela que este representou a categoria com menor número de óbitos nos anos estudados, mostrando oscilação de seus coeficientes, fato atribuído a influência da diminuição da taxa de natalidade e as causas dos óbitos infantis, que apresentaram influência de eventos de saúde do período neonatal precoce.

O período pós-neonatal apresentou a redução mais importante na mortalidade infantil. Já a diminuição do coeficiente (66,02%) pode ser considerada a principal responsável pela queda da mortalidade geral nos anos estudados.

No que diz respeito às causas da mortalidade infantil nos respectivos períodos, o estudo mostrou que a mortalidade infantil neonatal precoce esteve predominantemente relacionada a afecções originadas nos períodos pré, trans e pós-parto, aparecendo em segundo lugar as causas relacionadas a malformações congênitas. As causas da mortalidade infantil no período neonatal tardio também estiveram relacionadas, na sua maior porcentagem, aos períodos pré, trans e pós-parto, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório, ficando claro que, nesse período, dos 19 óbitos ocorridos, 5 deles ocorreram no domicílio, sendo detectado como causa básica a inalação do conteúdo gástrico. Quanto às causas da mortalidade infantil no período pós-neonatal, predominaram as relacionadas a diarreias e gastroenterites, seguidas das malformações congênitas e septicemia e da inalação do conteúdo gástrico.

Pelo fato da mortalidade no período neonatal precoce ter apresentado um padrão de comportamento diferenciado dos outros períodos, não demonstrando uma redução significativa, a mesma foi estudada com maior ênfase. Os óbitos nesse período apresentaram o seguinte perfil: em relação à mãe: escolaridade de 0 a 7 anos de estudo; renda familiar de 0 a 1 salário mínimo; multiparidade; idade entre 20 e 34 anos; seis ou mais consultas de pré-natal; pré-natal realizado na rede pública e uma importante sugestão de relação entre parto normal e baixa renda. Os principais

fatores de risco biológico da mãe apresentados durante a gestação foram: sangramento, tabagismo e hipertensão; em relação ao momento do parto: apesar do parto ser normal e o recém-nascido ter peso adequado, em ambos os casos foi constatado sofrimento fetal; em relação à criança: baixo peso ao nascer; prematuridade; Apgar no 5º minuto com nota até 6; maior número de óbitos em crianças do sexo feminino; predominância de óbitos na faixa etária de 1 a 7 dias; causa básica predominante foi a insuficiência respiratória do recém nascido e óbitos hospitalares. Dos 47 neonatos, 45 deles permaneceram internados em UTI Neonatal antes de evoluírem para óbito, dois morreram em casa por provável inalação do conteúdo gástrico.

Considerando os aspectos relacionados ao parto e as características das mães, é possível a existência de falhas na assistência de saúde associadas ao pré-natal, trabalho de parto e parto. O fato de que a maioria das mães não apresentava condições de risco (grau de escolaridade, idade, acompanhamento pré-natal, multiparidade) e também de que os partos foram normais e ocorreram na maternidade permitem esta suposição. Apesar destas condições, ou seja, assistência na gestação e no momento do nascimento constatou-se trabalho de parto prolongado com sofrimento fetal. Estes eventos acabaram expondo o recém nascido a complicações de parto e conseqüentemente aumentaram o risco de mortalidade.

Para novos estudos a serem desenvolvidos sobre o tema mortalidade infantil, sugere-se a instalação do SIMI, em nível municipal, que atualmente está disponível apenas na Secretaria Estadual de Saúde e Regionais de Saúde. Esse sistema é colaborativo para as análises, pois permite fazer a correlação entre os fatores de risco e as causas de óbito. Sugere-se melhoria em âmbito hospitalar, de informações adequadamente registradas nos prontuários, letra ilegível, descrição sumária do caso e informações reduzidas sobre a gestação, o parto e as condições de nascimento da criança; em unidades básicas de saúde situação similar também foi evidenciada, pois os prontuários de atendimento pré-natal não continham informações completas sobre a situação da gestante. A ausência de informações nos prontuários tanto em nível ambulatorial como hospitalar, pode dificultar o

acompanhamento e a avaliação do trabalho de parto e do recém-nascido, bem como a detecção precoce de intercorrências que possam afetar mãe e filho.

Além do estudo realizado, é importante o desenvolvimento de outros estudos que enfatizem aspectos relacionados com a mortalidade infantil no município de União da Vitória, como por exemplo, conhecer as características e as condições nas quais ocorreram os partos, dificuldades das gestantes, propostas dos profissionais de saúde para a melhoria da assistência, estudos criteriosos sobre a avaliação dos programas de atenção à saúde materno infantil que foram implantados e implementados nos anos estudados, a eficácia e a eficiência do Programa de Saúde da Família, do pré-natal e a relação do SISVAN com a mortalidade infantil.

Ao encerrar o presente estudo, aumenta a responsabilidade, na medida em que se tem consciência de que é preciso mudar, inovar e avançar nas questões referentes à saúde da criança em particular. Há necessidade de que a comunidade como um todo seja envolvida, não apenas como alvo de informação e prestação de serviços, mas repartindo a responsabilidade de buscar alternativas por um eficaz trabalho preventivo na redução cada vez maior da mortalidade infantil.

Além disso, a análise e acompanhamento do efeito das políticas públicas de saúde nas condições de vida da população, torna-se essencial e deve estar vinculada aos níveis de gestão decisórios. Entretanto, vale lembrar que o impacto das medidas assistenciais e sanitárias sobre a mortalidade infantil é limitado, provocando uma redução até um patamar que tende a não ser ultrapassado, a não ser que incidam sobre as desigualdades sociais existentes.

Para que o desenvolvimento de uma região ou município seja medido por meio de uma avaliação abrangente, é preciso que exista uma forma de avaliação do desenvolvimento humano e econômico e, a taxa de mortalidade de menores de um ano é utilizada como o principal indicador desse desenvolvimento.

Quantificar e estudar a mortalidade infantil é apresentar um resultado final do processo de desenvolvimento, representando um quadro mais fiel, ainda que imperfeito, das condições de saúde da maioria das crianças e da sociedade como um todo. O estudo sobre a mortalidade infantil e sua taxa de redução, pode dar uma idéia dos progressos que estão sendo realizados por qualquer país, território ou

região, ao longo de qualquer período de tempo, em direção ao atendimento de necessidades humanas essenciais. Essas comparações contribuem para enfatizar a relação entre desenvolvimento econômico, social e humano.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. **Alguns apontamentos sobre a história da política de saúde no Brasil.** n.2.p.01-02. jan-jun.2006. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acessado em 05 de janeiro de 2008.

ALBUQUEQUER, Manoel Maurício. **Pequena história da formação social brasileira.** Rio de Janeiro: Graal, 1981.

ALMEIDA, Andrade, Priscila. **Análise da Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde,** Dissertação de Mestrado-Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, 2007.

ALMEIDA, Maria Fernanda Branco; SANTOS, Amélia Miyashiro Nunes dos. O pediatra na sala de parto. In: RUGOLO, Ligia M. S. Souza. **Manual de neonatologia.** 2.ed. São Paulo: Revinter, 2000. p. 19-36.

ALVES, Adriana Cherem, et al. **Principais causas de óbitos infantis Pós neonatais em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1996 a 2004.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 8 (1): 27-33, jan. / mar., 2008.

ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de, SZWARCOWALD, Célia, Landmann. Análise espacial da mortalidade neonatal precoce no município do Rio de Janeiro, 1995-1996. **Cad Saúde Pública**, v. 17, n. 5, p.1199-210, set-out, 2001.

ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; MATSUO, Tiemi *et al.* **Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001.** *Cad. Saúde Pública*, Jan. 2006, v. 22, no.1, p.181-189.

ARAÚJO, Breno F. de, BOZZETI, Mary C., TANAKA Ana C. A. Mortalidade neonatal no Município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, 2000. p. 200-6.

BARDIN, Laurance. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1995.

BARROS, Aidil de J.P., LEHFELD, Neide. A. de S. **Projeto de pesquisa: proposta metodológicas.** Petrópolis: Vozes, 1996.

BARROS, Fernando C. *et al.* Saúde perinatal em Pelotas, RS, Brasil: fatores sociais e biológicos. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 18, n. 4, p. 301-12, ago, 1984.

BARROS, Fernando Celso, VICTORA, Cesar Gomes e VAUGHAN, J. Patrick. Causas de mortalidade perinatal em Pelotas, RS (Brasil): utilização de uma classificação simplificada. **Rev. Saúde Pública**, v.21, n.4, p.310-316, ago. 1987.

BERCINI, Luciana O. Mortalidade neonatal de residentes em localidade urbana da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, vol. 28, n.1, fev. 1994.

BERQUO, Elza. **Sobre o sistema internacional de pesquisas em demografia e saúde reprodutiva**. *Rev. bras. epidemiol.*, May 2008, vol.11 supl.1, p.72-89.

BIRKNER, Walter Marcos Knaesel. Desenvolvimento: Reformas Institucionais e Capital Social. Professor de Sociologia e Ciência Política da Universidade do Contestado – UnC, 2001.

BOHLAND, Anna Klara e JORGE, Maria Helena P de Mello. Mortalidade de menores de um ano de idade na região Sudoeste do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n.4, p.366-373, ago, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Salvador: EGBA, 1989. n p. Edição fac-similar.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Buscando um conceito de políticas públicas para a concretização dos direitos humanos**. Disponível em: <dhnet.org.br/direitos/textos/PoliticaPublica/MariaDallari.htm>. Acesso em 20 de janeiro 2008.

BUCK, Carol. **Depois de Lalonde: a criação da saúde Organização Pan-americana da Saúde**: uma antologia Publicação Científica 557, Washington, DC, 1996, p6-14

BVS, Biblioteca Virtual em Saúde. **Espaço da Gestão - Políticas Públicas em Saúde**, 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(7):1511-1528, jul, 2007.

CAMPINAS, Lúcia de Lourdes Souza Leite; NEGRINI, Marize Regina. Perfil epidemiológico como parâmetro para análise de saúde populacional. **O Mundo da Saúde** 2005; 29 (1): 49-62.

CAMPOS, Tatiana P.; CARVALHO, Marília Sá; BARCELLOS, Christovam C. Mortalidade infantil no Rio de Janeiro, Brasil: áreas de risco e trajetória dos pacientes até os serviços de saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**. v. 8, n. 3, p.164-71, set, 2000.

CARVALHO, Geraldo M.; RAMOS, Adriana. **Enfermagem e Nutrição**. São Paulo: EPU, 2005.

CARVALHO, Rui Lara de et al. **Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2004, vol.26, n. 4.

COCHRAN, William D. Avaliação do recém-nascido. In: CLOHERTY, John P. **Manual de neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi. 2000. p. 32-54.

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços**, 4. Ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

CORREIA, Luciano L.; McAULIFFE, Jay F. Saúde materno infantil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p 375-403.

COSTA, Elisa Maria Amorim. CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família: Uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, Maria da Conceição *et al.* Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. **Cad. de Saúde Pública**. V. 17, n. 3, p. 555-67, mai-jun. 2001.

COSTA, Maria da Conceição Nascimento, MOTA, Eduardo Luiz Andrade, PAIM, Jairnilson Silva *et al.* **Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica**. *Rev. Saúde Pública*, Dec. 2003, vol.37, no.6, p.699-706.

COSTA, Nilson do Rosário et al, **Demandas populares, Políticas Públicas e Saúde**. ABRASCO, 1989.

CUNHA, Vanda A.; SANTOS, Livia N. Sociedade do conhecimento, políticas públicas de informação e as bibliotecas públicas municipais de salvador, UFBA, 2006.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil:revisão da literatura sobre a última década. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (7):1511-1528, jul, 2007.

ESPIRIDIDÃO, Silvia. Seção 2: Recém-nascido desnutrido intra-útero. In: RUGOLO, Lígia M. S. Souza. **Manual de neonatologia**. 2.ed. São Paulo: Revinter, 2000.

FERNANDES, Glória Celeste Vasconcelos Rosário. 4ª Parte: Diarréia. In: RUGOLO, Lígia M. S. Souza. **Manual de neonatologia**. 2.ed. São Paulo: Revinter, 2000.

FERREIRA, Michelyne A. Leôncio, **Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das conferências nacionais de saúde**, Recife, 2006.

FRANÇA, Elisabeth, LANSKY, Sônia. **Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas**. Texto elaborado por solicitação da RIPSA para o Informe de Situação e Tendências: Demografia e Saúde, UFMG, 2008.

FRANÇA, Elisabeth. *et al.*. Associação entre Fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia, e desnutrição em região metropolitana do sudeste do Brasil: um estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.6, p. 1437-447, dez., 2001.

FRANCO, Augusto de. **Somente o Desenvolvimento Sustentável pode superar a pobreza no Brasil**, Revista da Promoção da Saúde, Brasília, DF, ano 1, n.2, nov/dez, 1999.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da, SZWARCOWALD, Célia Landmann, LEAL, Maria do Carmo *et al.* Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n.1, p.74-80, fev. 2001.

GENTILE, Marilena, **Promoção da Saúde e Município Saudável**, SP, Vivere- Estudos em Políticas Sociais, 2001.

GUIMARÃES, Alóide Ladeia; LIMA, Raquel Pestana Teixeira. **Políticas de saúde no Brasil**. Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Texto de apoio.

GUIMARÃES, Gisele Perin, MONTICELLI, Marisa. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Out-Dez; 16(4): 626-35.

GUIMARAES, Maria José Bezerra, MARQUES, Neusa Maria, MELO FILHO, Djalma Agripino *et al.* **Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Sept./Oct. 2003, vol.19, no.5, p.1413-1424.

HÖFLING, Eloísa de Mattos. **Estado e políticas (públicas) sociais**. *Cad. CEDES*, v. 21, n.55, Campinas, nov. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 18 abril 2004.

HOLCMAN, Marcia Moreira, LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira e SANTOS, Jair Lício Ferreira. Evolução da mortalidade infantil na região metropolitana de São Paulo, 1980-2000. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.2, p.180-186, abr. 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociais**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em 28 julho de 2008.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico do Município de União da Vitória – Paraná. Curitiba, Junho de 2001.

JEKEL, James F.; ELMORE, Joann G.; KATZ, David L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 1 ed., 1. reimpressão. Porto Alegre: Artmed, 2002.

JOBIM, Rita, AERTS, Denise. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, R.S., Brasil, 2000-2003. **Cadernos de Saúde Pública**, R. J. 24 (1): 179-187, Janeiro de 2008.

JUNQUEIRA, Rodrigo Gravina Prates. Agendas sociais: **desafio da intersectorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável**, RJ, RAP,6, nov/dez 2000.

KERR-PONTES, Lígia Regina S.; ROUQUAYROL, Maria Zélia; A medida da saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p 31-75.

LAURELL, Asa Cristina. **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LAURELL, Asa Cristina. **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LEAL, Maria do Carmo, SZWARCOWALD, Célia Landmann. Características da mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro na década de 80: uma visão espaço-temporal. **Rev. de Saúde Pública**, v. 31, p. 457-65, 1997.

MACHADO, Carla Jorge. Mortalidade infantil no estado de São Paulo, 1999: uma análise das causas múltiplas de morte a partir de componentes principais. **Rev. Bras. Epidemiologia**. v.17, n.1, p. 11-21, mar. 2004.

MAGALHÃES, Maria da Consolação, CARVALHO, Marília Sá. Atenção hospitalar perinatal e mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**. n.3, v.3, p. 329-37, Recife, jul-set, 2003.

MANSANO, Nereu Henrique *et al.* Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: Implantação e Operacionalização. **Cad. Saúde Pública** vol.20 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2004.

MATTOS, RA. **As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias**. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):377-389,2001.

MENEZES *et al.* Mortalidade infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 12, supl.1, p.79-86, out, 1996.

MENEZES, Ana M. B., BARROS, Fernando C., VICTORA, Cesar G. et al. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.3, p.209-216, jun. 1998.

MINAGAWA, Áurea Tamami et al. **Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2006, vol.40, n. 4.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico AIDS**. Brasília – DF: Coordenação Nacional de DST e AIDS. Ano XVIII, n. 1, - 14 a 52 Semanas Epidemiológicas abr/dez, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Informações Estatísticas. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução 196/96. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/comissoes/etica/conep.htm>> acesso em 23 de junho de 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informações e Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informação de Nascidos Vivos e de Mortalidade (SINASC e SIM, 2008). Extraído de< [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)> acesso em 25 de outubro de 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. MANUAL de enfermagem - Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde-IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. São Paulo. 2001, 15.000 exemplares.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de saúde. **Uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MUSSI-PINHATA, Marisa Márcia. Seção 4: HIV. In: RUGOLO, Ligia M. S. Souza. **Manual de neonatologia**. 2.ed. São Paulo: Revinter, 2000. p.264-266.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde. 8. ed. São Paulo: EDUSP, 2000.

PARANÁ. Conselho Estadual da Defesa da Criança e do Adolescente. **Política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente no Estado do Paraná**. Curitiba: CEDCA, 2001.

PARANÁ. Protegendo a Vida. **Paraná mais saúde**. Secretaria de Estado da Saúde. Curitiba/PR, 2000.

PARANÁ. SESA/ISEP/CIDS – Departamento de Sistemas de Informação em Saúde, 2008.

PAULA, Renata Macedo (org.). **Criança e adolescente** – prioridade absoluta. Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente do Estado do Paraná. Curitiba: CEDCA, 2001.

PEREIRA, Alvonete Vieira, CABRAL, Ivone Evangelista. **Diarréia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar**. Escola Anna Nery. Rev Enferm, 2008 jun; 12 (2): 224 - 9.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 105-143.

PERES, Luiz C., CASTRO. C. C. Eumênia **Síndrome da Morte Súbita na Infância**. Medicina, Ribeirão Preto, 31: 584-594, out./dez. 1998.

PEYREFITTE, Alain. A sociedade de confiança: ensaio sobre as origens e a natureza do desenvolvimento. Topbooks/Instituto Liberal, Rio de Janeiro (RJ, 1999).

PNUD, Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundvall, Declaração de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaíses, Declaração do México, 2001.

POLES, Kátia; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Mortalidade infantil em município do interior do Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 1, p. 10-17, São Paulo, 2002.

PUTNAM, Robert D. Comunidade e democracia; a experiência da Itália moderna. Editora da FGV, Rio de Janeiro (RJ), 1996.

RADIS. **Comunicação em Saúde**. FIOCRUZ, janeiro de 2008.

RAGUGNETTI, Giseli Aparecida. **Manual de imunização**. 1. ed. Curitiba: Universitária Champagnat, 2002.

RIBEIRO, Valdinar Sousa and Silva, Antônio Augusto Moura da Tendências da mortalidade neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1979 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, v.16 n.2, jun. 2000.

RUGOLO, Ligia M. S. Souza. **Manual de neonatologia**. 2.ed. São Paulo: Revinter, 2000.

SANTOS, Amélia Miyashiro Nunes dos; FERLIN, Maria Lúcia Silveira. In: RUGOLO, Ligia M. S. Souza. **Manual de neonatologia**. 2.ed. São Paulo: Revinter, 2000.

SAULE JUNIOR, Nelson. **A proteção jurídica da moradia nos assentamentos irregulares**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2004.

SCHOEPS, Daniela, ALMEIDA, Marcia Furquim de, ALENCAR, Gizelton Pereira *et al.* **Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce**. Rev. Saúde Pública, Dec. 2007, vol.41, no.6, p.1013-1022.

SCHRAMM, Joyce Mendes Andrade; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Diferenciais nas Taxas de Mortalidade Neonatal e Natimortalidade Hospitalares no Brasil: um estudo com base no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro v.16, n.4, p. 1031-1040, out/dez 2000.

SCLOWITZ, Lândora K. T.; SANTOS, Iná da Silva dos. Fatores de risco na recorrência do baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intra-uterino e nascimento pré-termo em sucessivas gestações: um estudo de revisão. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro v.22, n.6, p. 1129-1136, junho 2006.

SENESE, Lenira Gaede, TRISTAO, Edson Gomes, ANDRADE, Rosires Pereira de *et al.* Morbidade e mortalidade neonatais relacionadas à idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v.26, n.6, p.477- 482, jul. 2004.

SERRA, Jose. **Ampliar o Possível: a política da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2000.

SHIMAKURA, Silvia E., CARVALHO, Marília Sá, AERTS, Denise R. G. C. *et al.* Spatial risk distribution: modeling infant mortality in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.5, p.1251-1261, set.-out. 2001.

SILVA, Joana Azevedo. Programa Saúde da Família: bom para a população e para a enfermagem. **Nursing**. São Paulo. v.62, p.16, Jul 2003.

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade do Setor de Vigilância Epidemiológica de União da Vitória/Pr, 1999 a 2008.

SIMÕES CCS. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2002. <http://www.opas.org.br/publicações>.

Situação Mundial da Criança 2008. **Caderno Brasil**. Brasil (DF), Janeiro, 2008. Fundo das Nações Unidas para a Infância. UNICEF.< Disponível:<http://www.unicef.org.br>>, acesso em 09 de novembro de 2008.

SOUZA, Regina K. Tanno de e GOTLIEB, Sabina L.D. Probabilidade de morrer no primeiro ano de vida em área urbana da região sul, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.27, n.6, p.445-454, dez. 1993.

TEIXEIRA, Carmem F., PAIM, Jairnilson da Silva, VILASBÔAS, Ana Luisa. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, v.7, n.2, 1998.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. **Mortalidade infantil**: uma questão de saúde pública. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1997. p 40.

TOMA, Tereza Setsuko; MONTEIRO, Carlos Augusto. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo v. 35 , n.5, p. 409-14 , out, 2001.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIÃO DA VITÓRIA/PR. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Fundação Municipal de Saúde de União da Vitória 2004 – 2008. União da Vitória, 2008.

UNICEF- Fundo das Nações Unidas. **Situação da infância brasileira 2006**. Brasília: UNICEF, 2006.

UNICEF- Fundo das Nações Unidas. **Situação mundial da infância 2008**. Caderno Brasil. Brasília: UNICEF, 2008.

VERMELHO, Letícia Legay; COSTA, Antonio José Leal; KALE, Pauline Lorena. Indicadores de Saúde. In: MEDRONHO, Roberto A. *et al.* **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003.

VICTORA Cesar G. **Intervenções para reduzir a mortalidade infantil, pré-escolar e materna no Brasil**. Revista Brasileira de Epidemiologia 2001, 4(1):3-54.

VICTORA, Cesar G.; CESAR, Juraci A. Saúde Materno Infantil no Brasil – Padrões de Morbimortalidade e Possíveis Intervenções. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

VICTORA, Cesar G.; GRASSI, Paulo Recena; SCHMIDT, Angela Maria. Situação de saúde da criança em área da região sul do Brasil, 1980-1992: tendências temporais e distribuição espacial. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v. 28, n. 6, p. 423-32, dez, 1994.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. PAIM, Jairnilson Silva. Práticas de Planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, R. J. 24(6): 1239-1250, jun, 2008.

WEIRICH, C.F.; DOMINGUES M.H.M.S. Mortalidade Neonatal um desafio para os Serviços de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem – FEN/UFG**. Revista

Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista>. p. 1-5>, acesso em 23 de março de 2006.

ANEXOS

ANEXO 1 – PRÉ-NATAL

Tabela 1: Relação entre número de consultas e local onde fez o pré-natal

| Local | Nº de Consultas | | | TOTAL |
|--------------|-----------------|-----------|----------|-----------|
| | 6 ou + | Até 5 | Não fez | |
| Não fez | 0 | 0 | 6 | 6 |
| Particular | 4 | 0 | 0 | 4 |
| Rede Publica | 22 | 15 | 0 | 37 |
| TOTAL | 26 | 15 | 6 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Tabela 2: Relação entre anos de estudo e renda familiar

| Anos de Estudo | 1 Salário | 2 Salários | 3 ou mais | Desempregado | TOTAL |
|----------------|-----------|------------|-----------|--------------|-----------|
| De 1 a 3 | 4 | 3 | 0 | 1 | 8 |
| De 12 e mais | 0 | 3 | 3 | 0 | 6 |
| De 4 a 7 | 12 | 3 | 0 | 1 | 16 |
| De 8 a 11 | 3 | 5 | 4 | 3 | 15 |
| Nenhuma | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| TOTAL | 20 | 15 | 7 | 5 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

ANEXO 2 – PARTO

Tabela 4: Relação entre renda familiar e tipo de parto

| Renda | Tipo de Parto | | TOTAL |
|--------------|---------------|-----------|-----------|
| | Cesárea | Normal | |
| Desempregado | 1 | 4 | 5 |
| 1 Salário | 5 | 15 | 20 |
| 2 Salários | 6 | 9 | 15 |
| 3 ou mais | 4 | 3 | 7 |
| TOTAL | 16 | 31 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Tabela 5: Relação entre anos de estudo realizados pela mãe e tipo de parto

| Anos de Estudo | Cesarea | Normal | TOTAL |
|----------------|-----------|-----------|-----------|
| De 1 a 3 | 1 | 7 | 8 |
| De 12 e mais | 2 | 4 | 6 |
| De 4 a 7 | 6 | 10 | 16 |
| De 8 a 11 | 7 | 8 | 15 |
| Nenhuma | 0 | 2 | 2 |
| TOTAL | 16 | 31 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

ANEXO 3 – CRIANÇA

Tabela 6: Relação entre causa do óbito e anos de estudo

| Causa do Óbito | Nenhuma | De 1 a 3 | De 4 a 7 | De 8 a 11 | De 12 e | TOTAL |
|---|----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | | | | | mais | |
| Anóxia Perinatal | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| Asfixia ao Nascer | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Asfixia por Aspiração Meconial | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Descolamento Prematuro da Placenta | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 |
| Insuficiência Respiratória do Recém Nascido | 0 | 6 | 12 | 11 | 3 | 32 |
| Morte Súbita | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Septicemia | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 6 |
| TOTAL | 2 | 8 | 15 | 16 | 6 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Tabela 7: Relação entre causa do óbito e número de gestações

| Causa do Óbito | Nº de Gestações | | TOTAL |
|---|-----------------|-----------|-----------|
| | Múltipara | Primípara | |
| Anóxia Perinatal | 2 | 0 | 2 |
| Asfixia ao Nascer | 0 | 1 | 1 |
| Asfixia por Aspiração Meconial | 2 | 0 | 2 |
| Morte súbita | 1 | 0 | 1 |
| Descolamento Prematuro da Placenta | 2 | 1 | 3 |
| Insuficiência Respiratória do Recém Nascido | 22 | 10 | 32 |
| Septicemia | 3 | 3 | 6 |
| TOTAL | 32 | 15 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Tabela 8: Relação entre causa do óbito e baixo peso

| Causa do Óbito | Baixo Peso | | TOTAL |
|---|------------|-----------|-----------|
| | Sim | Não | |
| Anóxia Perinatal | 0 | 2 | 2 |
| Asfixia ao Nascer | 0 | 1 | 1 |
| Asfixia por Aspiração Meconial | 0 | 1 | 1 |
| Morte súbita | 0 | 1 | 1 |
| Descolamento Prematuro da Placenta | 2 | 1 | 3 |
| Insuficiência Respiratória do Recém Nascido | 21 | 11 | 32 |
| Septicemia | 3 | 3 | 6 |
| TOTAL | 26 | 21 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Tabela 9: Relação entre causa do óbito e prematuridade

| Causa do Óbito | Prematuridade | | TOTAL |
|---|---------------|-----------|-----------|
| | Sim | Não | |
| Anóxia Perinatal | 0 | 2 | 2 |
| Asfixia ao Nascer | 0 | 1 | 1 |
| Asfixia por Aspiração Meconial | 2 | 0 | 2 |
| Morte súbita | 0 | 1 | 1 |
| Descolamento Prematuro da Placenta | 2 | 1 | 3 |
| Insuficiência Respiratória do Recém Nascido | 20 | 12 | 32 |
| Septicemia | 5 | 1 | 6 |
| TOTAL | 29 | 18 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Tabela 10: Relação entre causa do óbito e renda familiar

| Causa do Óbito | Renda Familiar | | | | TOTAL |
|---|----------------|-----------|------------|-----------|-----------|
| | Desempregado | 1 Salário | 2 Salários | 3 ou mais | |
| Anóxia Perinatal | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Asfixia ao Nascer | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Asfixia por Aspiração Meconial | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Morte súbita | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Descolamento Prematuro da Placenta | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| Insuficiência Respiratória do Recém Nascido | 5 | 16 | 9 | 3 | 33 |
| Septicemia | 0 | 2 | 3 | 1 | 6 |
| TOTAL | 5 | 20 | 15 | 7 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Tabela 11: Relação entre causa do óbito e tipo de parto

| Causa do Óbito | Tipo de Parto | | TOTAL |
|---|---------------|-----------|-----------|
| | Cesarea | Normal | |
| Anóxia Perinatal | 2 | 0 | 2 |
| Asfixia ao Nascer | 1 | 0 | 1 |
| Asfixia por Aspiração Meconial | 1 | 0 | 1 |
| Morte súbita | 0 | 1 | 1 |
| Descolamento Prematuro da Placenta | 3 | 0 | 3 |
| Insuficiência Respiratória do Recém Nascido | 8 | 25 | 33 |
| Septicemia | 1 | 5 | 6 |
| TOTAL | 16 | 31 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Tabela 12: Relação entre causa do óbito e sofrimento fetal

| Causa do Óbito | Sofrimento Fetal | | TOTAL |
|---|------------------|-----------|-----------|
| | Sim | Não | |
| Anóxia Perinatal | 2 | 0 | 2 |
| Asfixia ao Nascer | 1 | 1 | 2 |
| Asfixia por Aspiração Meconial | 1 | 0 | 1 |
| Morte súbita | 1 | 0 | 1 |
| Descolamento Prematuro da Placenta | 2 | 1 | 3 |
| Insuficiência Respiratória do Recém Nascido | 23 | 9 | 32 |
| Septicemia | 5 | 1 | 6 |
| TOTAL | 35 | 12 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Tabela 13: Relação entre causa do óbito e apgar no 5º minuto

| Causa do Óbito | Apgar no 5º Min | | TOTAL |
|--|-----------------|-----------|-----------|
| | Até 6 | 7 ou + | |
| Anóxia Perinatal | 2 | 0 | 2 |
| Asfixia ao Nascer | | 1 | 1 |
| Asfixia por Aspiração Meconial | 6 | 0 | 6 |
| Morte súbita | 0 | 2 | 2 |
| Descolamento Prematuro da Placenta | 1 | 2 | 3 |
| Insuficiência Respiratória do Recém Nascido | 13 | 11 | 24 |
| Pneumonia Aspirativa | 0 | 1 | 1 |
| Septicemia | | 3 | 3 |
| Síndrome da Angústia Respiratória do Recém Nascido | 3 | 2 | 5 |
| TOTAL | 25 | 22 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Tabela 14: Causas do óbito e atributos da mãe

| Causa do Óbito | Anos de estudo (zero a 7) | Multiparidade | Renda familiar (até 1 mínimo) | Parto normal |
|---|------------------------------|---------------|--|-----------------|
| Anóxia Perinatal | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Asfixia ao Nascer | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Asfixia por Aspiração Meconial | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Morte súbita | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Descolamento Prematuro da Placenta | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Insuficiência Respiratória do Recém Nascido | 19 | 22 | 21 | 25 |
| Septicemia | 4 | 3 | 2 | 5 |
| Total | 28 | 31 | 25 | 31 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Tabela 15: Relação entre Prematuridade e Sangramento

| Sangramento | Prematuridade | | TOTAL |
|--------------|---------------|-----------|-----------|
| | Sim | Não | |
| Sim | 8 | 3 | 11 |
| Não | 22 | 14 | 36 |
| TOTAL | 30 | 17 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Tabela 16: Relação entre Sangramento e Aborto

| Sangramento | Aborto | | TOTAL |
|--------------|-----------|-----------|-----------|
| | Sim | Não | |
| Sim | 3 | 8 | 11 |
| Não | 9 | 27 | 36 |
| TOTAL | 12 | 35 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

Tabela 17: Relação entre Descolamento Prematuro de Placenta e Sangramento

| Descolamento Prematuro de Placenta | Sangramento | | TOTAL |
|------------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| | Sim | Não | |
| Sim | 3 | 2 | 5 |
| Não | 8 | 34 | 42 |
| TOTAL | 11 | 36 | 47 |

Fonte: Ficha de Investigação Individual de óbito infantil do município de União da Vitória-PR de 1999 a 2007.

ANEXO 4 – FICHA DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo Nº 19903511

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---------------------|------|--|---|--|------------------------------|--|--------|--|----|--|
| I | Cartório | 1 | Cartório | Código | 2 | Registro | 3 | Data | | | |
| | | 4 | Município | | | | | | | | |
| II | Local da Ocorrência | 6 | Local da Ocorrência <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | 7 | Estabelecimento | | | Código | | | |
| | | 8 | Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da mãe (Rua, praça, avenida, etc) | Número | Complemento | 9 | CEP | | | | |
| | | 10 | Bairro/Distrito | Código | 11 | Município de ocorrência | | Código | | | |
| III | Mãe | 13 | Nome da Mãe | 14 | RIC | | | | | | |
| | | 15 | Idade (anos) | 16 | Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteira <input type="checkbox"/> 2 - Casada <input type="checkbox"/> 3 - Viúva <input type="checkbox"/> 4 - Separada judicialmente/divorçada <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | 17 | Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | 18 | Ocupação habitual e ramo de atividade Código | 19 | Núm. de filh gestações a (obs: utilizar 99 se Nascidos vivos |
| | | 20 | Residência da mãe Logradouro | Número | Complemento | 21 | CEP | | | | |
| | | 22 | Bairro/distrito | Código | 23 | Município | | Código | | | |
| | | 25 | Duração da gestação (em semanas) <input type="checkbox"/> 1 - Menos de 22 <input type="checkbox"/> 2 - De 22 a 27 <input type="checkbox"/> 3 - De 28 a 31 <input type="checkbox"/> 4 - De 32 a 36 <input type="checkbox"/> 5 - De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 6 - 42 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | 26 | Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 2 - Dupla <input type="checkbox"/> 3 - Tripla e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | 27 | Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 - Vaginal <input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | 28 | Número de consultas de pré-natal <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - <input type="checkbox"/> 4 - 7 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | | |
| 29 | Nascimento Data | Hora | 30 | Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado | 31 | Índice de Apgar 1º minuto | | | | | |
| V | Recém Nascido | 32 | Raça/cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena | 33 | Peso ao nascer em gramas | | | | | | |
| | | 34 | Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | Qual? | | | Códig | | | | |
| VI | Identificação | 35 | Polegar direito da mãe | 36 | Pé direito da criança | | | | | | |
| | | 37 | Responsável pelo preenchimento Nome | 38 | Função | 39 | Identidade | 40 | Órgão Emissor | 41 | |

ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro

ANEXO 5 – FICHA DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito Nº

06909611

| | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--|---|--|---|---------|--|
| I | Cartório | 1] Cartório | Código | 2] Registro | 3] Data | | |
| | | 4] Município | 5] UF | 6] Cemitério | | | |
| II | Identificação | 7] Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Fetal <input type="checkbox"/> 2 - Não Fetal | 8] Óbito Data: _____ Hora: _____ | 9] RIC | 10] Naturalidade | | |
| | | 11] Nome do falecido | | | | | |
| | | 12] Nome do pai | 13] Nome da mãe | | | | |
| | | 14] Data de nascimento | 15] Idade Anos completos: _____ Meses: _____ Dias: _____ Horas: _____ Minutos: _____ Ignorado: <input type="checkbox"/> | 16] Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado | 17] Raça/cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena | | |
| III | Residência | 18] Estado Civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado Judicialmente / Divorçado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | 19] Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | 20] Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) Código: _____ | | | |
| | | 21] Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) | Código | Número | Complemento | 22] CEP | |
| | | 23] Bairro/Distrito | Código | 24] Município de residência | Código | 25] UF | |
| IV | Ocorrência | 26] Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Via pública <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | 27] Estabelecimento Código: _____ | | | | |
| | | 28] Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.) | Número | Complemento | 29] CEP | | |
| | | 30] Bairro/Distrito | Código | 31] Município de ocorrência | Código | 32] UF | |
| V | Fetal ou menor que 1 ano | PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE | | | | | |
| | | 33] Idade Anos: _____ | 34] Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | 35] Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe Código: _____ | 36] Número de filhos tidos Obs.: Utilizar 99 para ignorados) Nascidos vivos: _____ Nascidos mortos: _____ | | |
| | | 37] Duração da gestação (Em semanas) <input type="checkbox"/> 1 - Menos de 22 <input type="checkbox"/> 2 - De 22 a 27 <input type="checkbox"/> 3 - De 28 a 31 <input type="checkbox"/> 4 - De 32 a 36 <input type="checkbox"/> 5 - De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 6 - 42 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | 38] Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 2 - Dupla <input type="checkbox"/> 3 - Tripla e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorada | 39] Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 - Vaginal <input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | 40] Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> 1 - Antes <input type="checkbox"/> 2 - Durante <input type="checkbox"/> 3 - Depois <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | | |
| | | 41] Peso ao nascer Gramas: _____ | | 42] Num. da Declar. de Nascidos Vivos | | | |
| | | ÓBITOS EM MULHERES 43] A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado 44] A morte ocorreu durante o puerpério? <input type="checkbox"/> 1 - Sim até 42 dias <input type="checkbox"/> 2 - Sim de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> 3 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado ASSISTÊNCIA MÉDICA 45] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | | | | | |
| VI | Condições e causas do óbito | DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 46] Exame complementar? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado 47] Cirurgia? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado 48] Necrópsia? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | | | | | |
| | | CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte a) Devido ao estado mórbido que causou diretamente a morte: _____ CID: _____ b) Devido ao estado mórbido que causou diretamente a morte: _____ CID: _____ c) Devido ao estado mórbido que causou diretamente a morte: _____ CID: _____ d) Devido ao estado mórbido que causou diretamente a morte: _____ CID: _____ | | | | | |
| | | CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. _____ _____ _____ | | | | | |
| | | PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima. _____ _____ | | | | | |
| VII | Médico | 50] Nome do médico | 51] CRM | 52] O médico que assina atendeu ao falecido? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Substituto <input type="checkbox"/> 3 - IML <input type="checkbox"/> 4 - SVO <input type="checkbox"/> 5 - Outros | | | |
| | | 53] Meio de contacto (Telefone, fax, e-mail etc.) | 54] Data do atestado | 55] Assinatura | | | |
| VIII | Causas externas | 56] PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico) Tipo: <input type="checkbox"/> 1 - Acidente <input type="checkbox"/> 2 - Suicídio <input type="checkbox"/> 3 - Homicídio <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | | | | | |
| | | 57] Fonte de informação: <input type="checkbox"/> 1 - Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> 2 - Hospital <input type="checkbox"/> 3 - Família <input type="checkbox"/> 4 - Outra <input type="checkbox"/> 9 - Ignorada | | | | | |
| 58] Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência _____ _____ | | | | | | | |

ANEXO 6 – FICHA CONFIDENCIAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COMITÊ ESTADUAL DE
PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

**FICHA CONFIDENCIAL
DE INVESTIGAÇÃO ÓBITO INFANTIL
NEONATAL (ATÉ 27 dias)**

Anexar cópia :

D.O.+ D.N.V
Carteirinha de pré-nata
Pront. da Unidade de Saúde (Cça
Pront. da Unidade de Saúde (mãe, pré-natal
Pront. Hospitalar Cça (todas internações
Pront. Hospitalar mãe (parto, se necessário
Receitas e exames de ambos, se houve
Relatório do Sis-pré-nata
Análise do Comitê Municipal

I. Identificação: (Dados da D.O. e D.N.)

| | | | |
|----------------------|----------|---------------|--|
| Nome da criança | | | |
| Nome da mãe | | Idade da Mãe: | |
| Endereço | | | |
| Ponto de referência: | | | |
| Bairro | Distrito | Município | |
| Data de nascimento | / / | Sexo | <input type="checkbox"/> 1 masculino <input type="checkbox"/> 2 feminino |

II. Dados do Óbito: (Dados da D.O.)

| | | | |
|---|-----|-------|---|
| Data do óbito | / / | Idade | em <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> dias |
| Local | | | |
| Causa do Óbito no Atestado Médico | | | |
| Parte I | | CID | |
| a) | | | |
| b) | | | |
| c) | | | |
| d) | | | |
| Parte II | | | |
| Realizado necropsia <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | | |
| Se sim, Resultado: | | | |

III. Dados do Pré-natal

| | | | |
|--|--|--|--|
| Fez pré-natal? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | Local: | |
| Número de consultas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Idade Gestacional 1ª cons. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Última Menstruação _ / _ / _ | |
| Ignorada <input type="checkbox"/> | | | |
| Houve complicações maternas na gestação da criança investigada <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | | |
| <input type="checkbox"/> ignorado | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 Diabetes | <input type="checkbox"/> 6 Toxoplasmose | <input type="checkbox"/> 9 Outras complicações | |
| <input type="checkbox"/> 2 Hipertensão | <input type="checkbox"/> 7 Infecção Urinária | | |
| <input type="checkbox"/> 3 Hemorragia | <input type="checkbox"/> 8 Trabalho de Parto | | |
| <input type="checkbox"/> 4 Cardiopatia | <input type="checkbox"/> Prematuro | | |
| <input type="checkbox"/> 5 Rubéola | <input type="checkbox"/> 9 Ameaça de aborto | | |
| Foi considerada gestante de risco? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | | |
| Se sim, qual o motivo? | | | |
| Foi encaminhada para sistema de referência? <input type="checkbox"/> 1 sim <input type="checkbox"/> 2 não | | | |
| Se sim, qual? | | | |

V. Dados do prontuário hospitalar da criança:

| | | |
|---|------|---------------|
| Data do internamento | / / | Horário: : h. |
| Local | | |
| Veio encaminhado ou transferido de outro estabelecimento? <input type="checkbox"/> 1 sim <input type="checkbox"/> 2 não | Qual | |
| Houve dificuldade de encaminhamento ou transferência? <input type="checkbox"/> 1 sim <input type="checkbox"/> 2 não | Qual | |
| Diagnóstico no internamento | | |
| Evolução, Exames e Tratamento (informações mais relevantes) | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| Último registro de peso antes do óbito _____ em gramas | | |

VI. Visita Domiciliar:

| | | |
|---|---|---|
| Situação conjugal da mãe | <input type="checkbox"/> com companheiro | <input type="checkbox"/> sem companheiro |
| Escolaridade da mãe em anos completos cursados | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos | (99 ignorado) |
| Mãe apresenta hábitos de: | <input type="checkbox"/> tabagismo | <input type="checkbox"/> alcoolismo <input type="checkbox"/> drogas <input type="checkbox"/> nenhum |
| Número de gestações (incluir o atual óbito) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Número de filhos vivos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Número de óbitos de menores de 1 ano (incluir o atual óbito) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Número de abortos ou natimortos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Data do último parto (anterior ao parto da criança em investigação) | / / | |
| Renda familiar mensal (em salários mínimos) | | salários mínimos |
| Profissão da mãe | | Profissão do pai |
| Fez pré-natal | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | |
| | Onde? | |
| | Se, não, por que? | |

Informações sobre o parto da criança em investigação:

| | |
|---|--|
| Quanto tempo durou o trabalho de parto? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas |
| Quantos serviços procurou até ser atendida para o parto? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> serviços |
| Como foi o atendimento do parto e quem fez o parto? _____ | |
| _____ | |
| Tempo decorrido do início do trabalho de parto até o atendimento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (horas) | |

Sobre internações anteriores da criança:

| | |
|---|--|
| Houve internações anteriores? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | Quantas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Motivo: | _____ |
| | _____ |

Sobre a doença que levou a criança à morte:

| | | | |
|---|-----|--------|--|
| Data dos primeiros sintomas | / / | Quais? | |
| Onde foi atendido: | | | |
| Teve fácil atendimento? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | | |
| O que foi feito? | | | |
| Qual a sua opinião sobre o atendimento: | | | |
| Na sua opinião do que seu filho morreu: | | | |

Data da Conclusão da Investigação: ___ / ___ / ___

Quem investigou: _____

Função: _____

Análise do Óbito Infantil – Comitê Municipal

I. Análise do Óbito

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

II. Causa básica do óbito após investigação:

| | |
|----------|-----|
| Parte I | CID |
| a) | |
| b) | |
| c) | |
| d) | |
| Parte II | |

III. Morte evitável:

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Inconclusivo <input type="checkbox"/> 4. Ignorado | | | |
| Critério de Evitabilidade: () – () () (Colocar código) | | | |
| Responsabilidade pelo óbito: | <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Assistência Médica <input type="checkbox"/> Assistência Hospitalar | <input type="checkbox"/> Assistência Ambulatorial <input type="checkbox"/> Inevitável <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Ignorado | |

IV. Medidas Preventivas:

| |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

V. Qualidade dos dados (marcar com X)

| Classificação | Pré-natal | Prontuário Hospitalar da mãe | Prontuário Hospitalar do RN |
|--------------------|-----------|------------------------------|-----------------------------|
| Satisfatório | | | |
| Pouco Satisfatório | | | |
| Insatisfatório | | | |

Data do encerramento da Análise: ____ / ____ / ____

Membros Presentes:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

ANEXO 7 – AUTORIZAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE



Prefeitura Municipal de União da Vitória
Fundação Municipal de Saúde de União da Vitória
Rua Coronel Amazonas n.º 491, Centro – CEP 84.600-000
Fone: (0XX42) 523-1366 – FAX: (0XX42) 523-1418
E-mail: fmsuva@uol.com.br CGC/M.F.: 81.641.656/0001-95



Memo nº 035/06-DG/FUSA

União da Vitória, 08 de setembro de 2008

Da: Direção da FUSA
Para: Enfermeira Marly T. Della Latta

PARECER JURÍDICO Nº 84/2008 FUSA

PARECER JURÍDICO SOBRE O PEDIDO DA MESTRANDA MARLY TEREZINHA DELLA LATTÀ PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA DE DADOS CONSTANTES NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE E DE NASCIMENTO E DAS FICHAS DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS PARA CONCLUSÃO DE CURSO DE MESTRADO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A MORTALIDADE INFANTIL EM UNIÃO DA VITÓRIA/PR: UM ESTUDO DAS INTERVENÇÕES NO PERÍODO DE 1999 A 2007.

Este parecer é favorável ao pedido da mestranda Marly Terezinha Della Latta para a realização de pesquisa de dados constantes no Sistema de Informação de Mortalidade e de Nascimento e das fichas de investigação de óbitos infantis para conclusão de curso de mestrado sobre Políticas Públicas de Saúde e a Mortalidade Infantil em União da Vitória/PR: um estudo das intervenções nos períodos de 1999 a 2007.

Este é o parecer.

União da Vitória, 01 de setembro de 2008.


MURILO MOISÉS BENASSI
OAB/PR 30.439

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)