

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS Uni- ANHANGUERA
CURSO DE ENFERMAGEM**

RETRATO DOS ÓBITOS INFANTIS EM GOIÁS PARA 2010 E 2016

**SUELLEN DANIELA FERRAZ DE OLIVEIRA ALVES
THAYNARA LUCIANA PEREIRA**

GOIÂNIA
Maio/ 2019

**SUELLEN DANIELA FERRAZ DE OLIVEIRA ALVES
THAYNARA LUCIANA PEREIRA**

RETRATO DOS ÓBITOS INFANTIS EM GOIÁS PARA 2010 E 2016

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário de Goiás – Uni - ANHANGUERA, sob orientação do Professora Mestra Leiliane Sabino Oliveira, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

GOIÂNIA
Maio/ 2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

**SUELLEN DANIELA FERRAZ DE OLIVIERA
THAYNARA LUCIANA PEREIRA**

RETRATO DOS ÓBITOS INFANTIS EM GOIÁS PARA 2010 E 2016

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário de Goiás - UNIHANGUERA, defendido e aprovado em 06 de março de 2019 pela banca examinadora constituída por:


Leiliane Sabino Oliveira
Enfermeira
COREN-GO 408.386

Leiliane Sabino Oliveira

Prof(a). Ms. Leiliane Sabino Oliveira
Orientadora

Rosângela Addad Abed

Prof(a). Ms. Rosângela Addad Abed
Membro

Caroline Marinho de Araújo

Prof(a). Ms. Caroline Marinho de Araújo
Membro

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer minha parceira de todo meu coração, por ter me escolhido, por ter tido paciência nos meus momentos de dor que passei durante esse trajeto de estudo, sem dúvida, serei eternamente grata a sua disposição, inteligência e troca na confecção deste estudo. Ao meu marido que não mediu esforços para que eu pudesse realizar meu desejo de ser enfermeira, minha mãe e meu pai que cuidaram para que eu me tornasse a mulher que sou hoje, meus filhos que mesmo querendo atenção, entenderam por muitas vezes, que eu precisava me ausentar para buscar meu lugar em minha profissão, aos meus mestres que foram incríveis, toda minha gratidão e reverência, vocês não imaginam o quanto foram importante nesse processo de construção do meu sonho. E de maneira muito especial, quero agradecer à Deus e Nossa Senhora por espiritualmente me proporcionar paz interna e mostrar que, quando rezamos e pedimos força, Eles nos dão as condições para que nos tornemos fortes (Suellen Daniela Ferraz de Oliveira).

Agradeço primeiramente a Deus pela dádiva da vida e por ter me dado forças para superar todos os obstáculos. Sou grata aos meus pais, meus heróis que batalharam incansavelmente para me

oferecer educação de qualidade, pelo carinho e amor incondicionais e por todo apoio que me proporcionaram. Agradeço ainda ao meu namorado, companheiro que esteve ao meu lado todos os dias, me acalmou quando eu não via saída em mais nada, e com todo carinho e amor me incentivou diariamente. Não posso deixar de agradecer a minha querida parceira, minha dupla, minha amiga, que me ajudou a crescer durante todos estes semestres que passamos juntas. Agradeço também a nossa querida orientadora, por todo suporte, compreensão e incentivo e ainda a todos os nossos professores, que foram essenciais em minha formação (Thaynara Luciana Pereira).

RESUMO

A mortalidade infantil é estimada a partir do coeficiente de mortalidade infantil (CMI), que avalia o risco de óbito em menores de um ano e indica a qualidade de vida da população; através deste é possível adotar práticas para redução da MI e realizar intervenções concretas a partir de políticas públicas na área materno-infantil. O objetivo deste estudo é conhecer e contrastar o perfil dos óbitos infantis, a partir do cálculo do CMI e das variáveis associadas a mãe e ao recém-nascido, no estado de Goiás para 2010 e 2016. Foram levantados todos os óbitos infantis ocorridos no estado de Goiás em menores de um ano, contados segundo o local de residência do falecido, bem como o total de nascidos vivos para 2010 e 2016. Nos anos propostos podemos observar o crescimento do CMI, 12.74 para 13.01, o mesmo para o número de cesáreas 37.04% para 46.54%; houve prevalência de partos prematuros em ambos anos; quanto a idade da mãe houve uma melhoria na notificação pois passou de ignorada para 20-29 anos, 42.52%. Em ambos anos prevaleceram óbitos o período neonatal precoce, sexo masculino cuja causa do óbito foram afecções originadas no período perinatal; nota-se melhoria na notificação já que para 2010 o peso do recém-nascido foi ignorado e para o ano de 2016 sobressaiu óbitos entre 500-999g, 24.04%. Conclui-se que mesmo com a efetivação de políticas públicas voltadas para área, ainda há necessidade de melhorias já que os objetivos destas, não estão sendo alcançados. Sendo assim, ainda há um aumento do número de óbitos e do número de cesáreas, entretanto, pode-se notar uma melhoria quanto a notificação.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade infantil. Causa do Óbito. Saúde Materno Infantil. Enfermagem.

LISTA DE ABREVIATURAS

CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascido Vivo
ODM	Objetivos de Desenvolvimento Do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
RC	Rede Cegonha
RN	Recém-Nascido
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	MATERIAL E MÉTODOS	13
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
4	CONCLUSÕES	19
	REFERÊNCIAS	20
	APÊNDICE A	24

1 INTRODUÇÃO

Entende-se por mortalidade infantil (MI), a probabilidade de um nascido vivo evoluir para óbito, em decorrência da combinação de fatores sociais, culturais, biológicos e imprecisões no sistema de saúde. A MI é indicada pelo Coeficiente de Mortalidade infantil (CMI) conceituado como o número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos em uma determinada região no ano considerado, visa avaliar o risco de óbito de nascidos vivos em seu primeiro ano de vida e estima a condição de saúde das populações (RAMALHO et al., 2018).

Sendo assim, adotam-se práticas para mudar esta situação, as quais estão ligadas a modificações associadas aos hábitos de vida da população e intervenções concretas e efetivas estabelecidas por políticas públicas eficazes. O CMI é analisado dividindo o período de ocorrência da morte, fragmentado em período neonatal compreendido entre 0-28 dias de vida, ainda é subdividido em período neonatal precoce (óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos), período neonatal tardio (óbitos de crianças entre 7 e 27 dias de vida completos) e período pós neonatal (óbitos de crianças entre 28 e 364 dias de vida completos) (BRASIL, 2009).

O valor gerado como resultado do cálculo do CMI pode ser fragmentado em alto - variando de 50/1.000 nascidos vivos ou mais, médio – entre 20 e 49/1.000 nascidos vivos e baixo – menores de 20/1.000 nascidos vivos. Os números gerados a partir do cálculo do coeficiente retratam a progressão tanto socioeconômico e ambiental, quanto a qualidade e o acesso aos serviços de saúde com cuidado voltado à população infantil, fornecendo assim bases para análise das políticas de saúde empregadas para este fim (RIPSA, 2008).

Mediante aos elevados índices de óbitos infantis em todos os países, no ano de 2000, representantes de 191 países se reuniram em Nova York na sede das Organizações das Nações Unidas (ONU) para desenvolver um documento no qual pautasse melhorias para população mundial. Então, a redução da MI foi inserida na Declaração das Nações Unidas, como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, no qual propôs que entre 1990 e 2015 haveria uma redução da mortalidade materna em $\frac{3}{4}$ e da mortalidade infantil em $\frac{2}{3}$ de suas taxas atuais. Novamente em 2015, esta recomendação compôs um dos Objetivos Globais para Desenvolvimento Sustentável. Para o ano de 2030, comprometendo com a aceleração dos progressos realizados evitando essas mortes antes de 2030, com objetivo de transformar o mundo próspero para o futuro e ampliar a qualidade de vida para todos (UNITED NATIONS, 2000; 2015).

Após a proposta dos objetivos do milênio supracitadas, houve uma redução no CMI brasileiro, mas ainda são números preocupantes que exigem aperfeiçoamentos que devem ser realizados com intuito de implementação e capacitação de condutas públicas para melhorias no atendimento durante a gestação e ao atendimento ao recém-nascido, já que as dificuldades de acesso, qualidade da assistência e as frágeis condições culturais são tidas como fatores para o aumento dos casos de óbitos infantis (OLIVEIRA; CELENTO, 2015).

Cerca de 70 países conseguiram alcançar mesmo que parcialmente as metas de redução da MI estabelecidas pelo Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). No Brasil, os índices reduziram em 73% da MI, devido a adoção de métodos e intervenções públicas a fim de diminuir os índices de subnotificação e sub-registro de nascimentos e óbitos, além de aperfeiçoamentos das condições sanitárias, sociais e o aumento da cobertura das redes de atenção básica (BRASIL, 2018; BRASÍLIA, 2014).

Nas décadas iniciais do século XX, foi implementada a saúde da mulher nas políticas nacionais de saúde no Brasil, entretanto só atendiam os períodos de gravidez e parto. Somente na metade final do século foram implantados programas que abrangem a saúde materno-infantil que, por sua vez, transpareceram um olhar limitado às características biológicas e a função social de mãe e doméstica a respeito da mulher. Tais programas visavam o atendimento, quase que exclusivamente como recurso de proteção aos grupos mais vulneráveis como crianças e gestantes (BRASIL, 2004).

Mediante a desatenção na integralidade da saúde da mulher, em 1984, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), explicitando uma interrupção dos conceitos e parâmetros de prioridade que pautavam os programas prévios. Este novo programa integrou em seus princípios a hierarquização, descentralização, integralidade e a equidade da prestação de serviços, o que depois culminaria nos conceitos principais para formação do SUS. Além de ações direcionados ao período gravídico puerperal, este programa trouxe uma série de medidas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, englobando assim assistência à mulher em todos os âmbitos (BRASIL, 1984).

Mesmo com o decorrer dos anos, o país ainda apresentava dificuldades e inconstâncias no programa, o que levou a mudanças e a partir de 1998 a saúde da mulher se torna uma prioridade do governo. Em decorrência dessas fragilidades, iniciou uma série de ações em busca de solucionar os problemas focando na saúde reprodutiva, no contexto de reduzir a mortalidade materna, promovendo assim uma maternidade segura. A medida em que foi ocorrendo a

sistematização da atenção à saúde da mulher, efetuou-se a elaboração de políticas públicas que priorizassem o atendimento integral à mulher e a institucionalização de protocolos de condutas para os profissionais de saúde (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

Diante desses avanços, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e estabelecido pela Portaria/GM nº 569, de 2000, pautado nas necessidades de atenção às gestantes, ao recém-nascido e ao puerpério, efetivando assim uma articulação entre o MS, as Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal para a execução do mesmo (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017).

O PHPN foi embasado no princípio de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é primário e primordial para o atendimento ao parto e puerpério. Sendo assim, é dever das unidades de saúde acolher a mulher e o recém-nascido com respeito e ainda realizar técnicas humanizadas e seguras no momento do parto e nascimento assimilando hábitos acolhedores e minimizando o uso de métodos intervencionistas (BRASIL, 2002).

Reafirmando e expandindo as ações que objetivam a articulação entre setores para melhorias na qualidade de vida das mulheres e crianças, no atendimento, no cuidado e na redução dos altos índices de óbitos materno infantis, em 2004 foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Os principais princípios do pacto, entre outros, são o respeito aos direitos das mulheres e crianças; o aperfeiçoamento da atenção obstétrica e neonatal e ainda a atuação de gestores e organizações sociais no investimento, adequação de serviços e na implantação da Vigilância Nacional do Óbito Infantil e Fetal, estabelecido pela Portaria Nº 72, de 11 de janeiro de 2010, determinando assim a obrigatoriedade da vigilância em todos os serviços de saúde, público e privados, que integram o SUS a fim de apontar as causas determinantes e contribuir para aplicação de medidas que impeçam a ocorrência de óbitos evitáveis (BRASIL, 2004; 2010).

Tendo em vista garantir à mulher maior autonomia do planejamento reprodutivo, bem como, o atendimento e cuidado humanizados durante os períodos de ciclo gravídico puerperal e a criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento salutar foi implementada, pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, no âmbito do SUS a Rede Cegonha (RC). Essa proposta do governo teve como alguns de seus princípios a manutenção e o respeito aos direitos humanos, a diversidade, a equidade e a participação social. Ainda, esta portaria preconiza garantia de nascimento seguro e humanizado, dentre essas recomendações está inserida o estímulo ao parto natural, visto que essa via de parto reduz riscos maiores

complicações para o binômio, refletindo em diminuição da mortalidade infantil (BRASIL, 2011; 2018).

A RC foi desenvolvida baseada em quatro componentes, o pré-natal garantindo o mínimo de consultas recomendado pelo MS, incluindo exames pré-natais e as ações educativas; no componente parto e nascimento, há estímulo ao modelo de parto natural já que este oferece um melhor desenvolvimento para o RN e um menor risco à mãe (UNA-SUS/UFMA, 2015).

O programa ainda, recomenda boas práticas de cuidado no parto, puerpério e atenção integral à saúde da criança, enquadrando-se visitas domiciliares na primeira semana após o parto orientando a importância da prática de aleitamento materno, consulta puerperal, avaliação e vacinação do RN, detectar situações de depressão pós-parto, garantir triagem neonatal, o acompanhamento e o desenvolvimento do bebê até os 2 anos e orientar sobre cuidados principalmente sobre a saúde do binômio mãe e filho. O sistema logístico, garante o transporte intermaternidades adequando da gestante de acordo com a gravidade de seu caso, realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que deve contar com condutor, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico intervencionista instruídos para este tipo de episódio (UNA-SUS/UFMA, 2015).

A rede integra atendimentos baseados na atenção humanizada prestando cuidados desde o acolhimento da gestante no período pré-natal, buscando a realização de boas práticas eficazes e seguras a fim de evitar procedimentos desnecessários guardando a autonomia de todos. O atendimento humanizado durante o processo de parturição garante o bem-estar da gestante e do RN. Durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e após o nascimento é indispensável a presença da enfermeira obstetra para assistência correta e no aparecimento de complicações encaminhar paciente para uma unidade de saúde que atenda às suas necessidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Visando ainda promover a saúde e proteger os direitos das crianças, em 2015, foi lançada, pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) pautada nos princípios do direito à vida e à saúde; tratar a criança como prioridade; garantia ao acesso universal e humanizado à saúde, ao cuidado de forma integral, a equidade na saúde, a um ambiente favorável à vida e a gestão participativa e o controle social, tem como objetivando a queda da morbimortalidade promovendo ambiente digno para existência e desenvolvimento (BRASIL, 2018).

O rastreamento dos óbitos infantis, tem como objetivo acompanhar a qualidade da assistência à saúde e as condições de saúde das populações no intuito de melhorar e criar

métodos preventivos voltados para redução de tais óbitos, isso se dá através de políticas públicas para população. Nos últimos 25 anos, houve um declínio significativo da mortalidade infantil no Brasil – o país atingiu a meta 4 dos ODM antes de 2015. No entanto, os níveis atuais ainda são preocupantes, o que torna relevante a avaliação do desempenho desse indicador por estados, para a identificação de desigualdades regionais (FRANÇA et al., 2017).

Partindo do conhecimento adquirido nas disciplinas cursadas na área materno infantil durante o curso de graduação, ainda, através dos estágios curriculares, entendemos a necessidade do conhecimento do profissional de enfermagem frente ao aprimoramento das políticas públicas pré-existentes para redução da mortalidade materno-infantil e para o cuidado perinatal, uma vez que, o atendimento a estes grupos necessita de uma abordagem ampla e complexa, para contribuir com a redução dos índices de óbito, principalmente infantis, consequentemente melhorando as condições de saúde da população do estado de Goiás.

Este trabalho traz dizeres a respeito da mortalidade infantil e os objetivos propostos pelas políticas de saúde relacionados a área materno-infantil. Diante do supracitado nos surgiram as seguintes indagações, qual é o perfil de óbitos infantis no estado de Goiás, para os anos de 2010 e 2016, segundo as variáveis maternas: idade da mãe, duração da gestação e via de parto; e do recém-nascido: dias de vida, peso, sexo e causas CID-X, e junto a isto identificar o CMI para os anos propostos? Como tem evoluído as políticas públicas relacionadas a redução dos mesmos? Após a implementação destas políticas houve alcance das metas propostas?

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal, relacionado aos anos de 2010 e 2016. Segundo a epidemiologia um estudo descritivo tem por finalidade explorar, compreender e registrar, sistematicamente, a dimensão, a gravidade e a frequência dos problemas relacionados à saúde da população sob variáveis relativas ao espaço, tempo e indivíduo, sendo assim, conseqüentemente importantes para promoção e avaliação dos serviços de atenção à saúde (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

O estudo foi desenvolvido no Departamento de Enfermagem Uni-Anhanguera na cidade de Goiânia, no ano de 2018. Para fins de conhecimento, foram levantados todos os óbitos infantis ocorridos no estado de Goiás em menores de um ano, contados segundo o local de residência do falecido, bem como o total de nascidos vivos para os anos de 2010 e 2016. As variáveis relacionadas aos óbitos foram provenientes do banco de dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM); já as relacionadas aos nascidos vivos buscadas no Sistema de Informação sobre Nascimentos (SINASC). As mesmas serão divididas em variáveis maternas: idade da mãe, duração da gestação e via de parto. Quanto as variáveis do recém-nascido: dias de vida, peso, sexo e causas CID-X.

Efetuuou-se a coleta de dados no mês de fevereiro de 2019, de forma virtual, por meio das bases de dados do Ministério da Saúde, o DATASUS, o qual fornece os dados referentes a morbimortalidade e estatísticas vitais no país. Devido a disponibilidade dos dados para população, não se faz necessária a submissão do trabalho a avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

Os dados foram compilados do DATASUS e processados no programa Microsoft Excel 2016. A partir destes, demonstramos os resultados em tabelas e figuras com números percentuais e absolutos.

A Mortalidade Infantil proporcional (%), foi determinada por meio do cálculo (ROUAQUAYROL, 2005; GORDIS, 2010):

$$MP (\%) = \frac{\text{Nº óbitos por (variáveis para 2010 e 2016)}}{\text{Total de óbitos <1ano para 2010 e 2016}} \times 100$$

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) que avalia o risco de morte em crianças menores de 1 ano de idade foi determinado através da fórmula:

$$CMI = \frac{\text{Nº óbitos por < 1 ano em 2010 e 2016 em Goiás}}{\text{Total de nascidos vivos em Goiás em 2010 e 2016}} \times 1000$$

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram analisados os óbitos e nascidos vivos em Goiás nos anos 2010 e 2016, para estes anos propostos os valores encontrados foram respectivamente 87.476 n.v. e 1.115 óbitos e 95.563 n.v. e 1.244 óbitos (BRASIL, 2010a, 2016a; 2010b, 2016b).

Ao calcularmos o CMI do estado de Goiás (Figura 1), notamos que houve um crescimento da taxa relacionada ao óbito, em 2010 a taxa foi de 12.74 e em 2016 cresceu para 13.01, mesmo com o desenvolvimento de políticas voltadas para área materno-infantil, como a rede cegonha e iniciativas como Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que confere a mulher humanização no processo de parto, nascimento e pós parto e dá aos pais a direito de permanecer com o RN a todo tempo, e ainda assim há aumento no CMI (BRASIL, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O estado de Goiás conta com 20 hospitais credenciados como IHAC, somente a capital Goiânia, conta com 4 maternidades referência no atendimento materno-infantil, e ainda sim nota-se ainda que existem pontos a serem concretizados para que assim haja uma efetiva redução da MI; enquanto comparamos com o estado de Minas Gerais, nos dois anos estudados vemos que houve uma redução de 1.59, expressando assim que as políticas desenvolvidas no estado, como a adesão dos hospitais ao IHAC, entre eles o Hospital Sofia Feldman, vêm mostrando resultados significativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

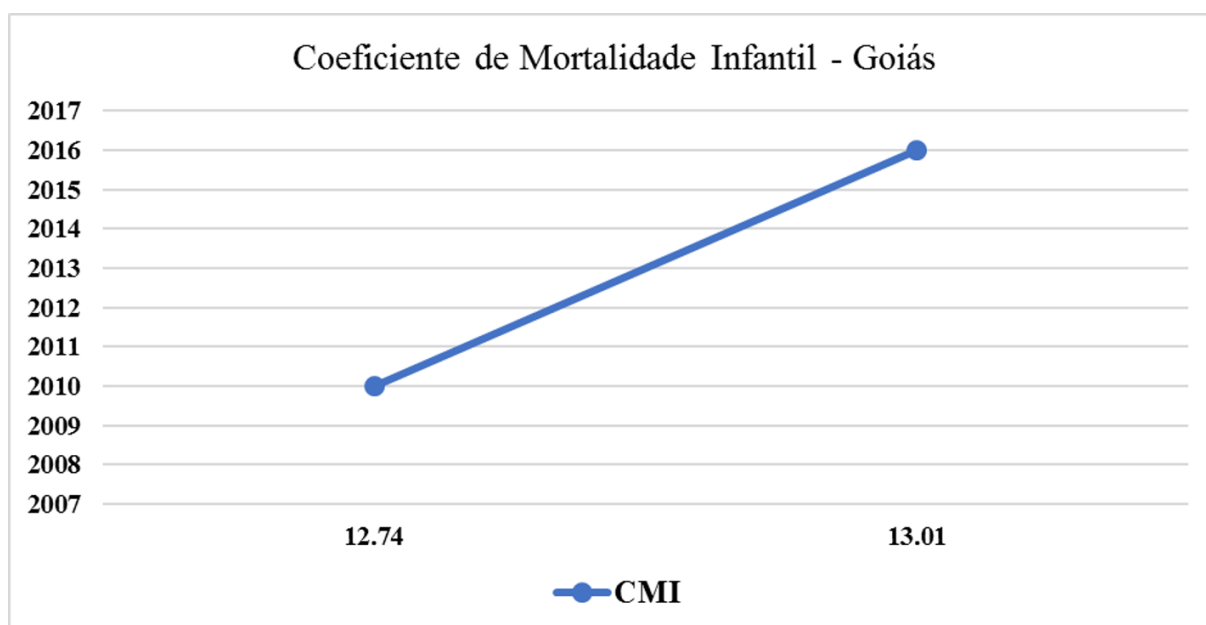


Figura 1. Análise do Coeficiente de Mortalidade Infantil em Goiás para os anos de 2010 e 2016. Fonte: DATASUS (2019).

Na (Tabela 1), abaixo está representado o perfil gestacional das mulheres do estado de Goiás, por residência, segundo o número de óbitos. Para os anos do estudo os dados que prevaleceram referentes a idade da mãe foram, respectivamente, ignorada 38.56% (n= 430) e entre 20 – 29 anos 42.52% (n=529). A duração da gestação para ambos os anos foi entre 22 e 36 semanas, período pré-termo, em 2010 de 46.73% (n=521), em 2016 de 51.29% (n=638). Quanto à via de parto, para o primeiro ano o número de partos normais e cesáreos foram equivalentes 37.04% (n=413), já para o segundo ano proposto houve uma prevalência de cesáreas 46.54% (n= 579).

Tabela 1. Distribuição do perfil gestacional das mulheres no estado de Goiás, por residência, segundo o número de óbitos. Goiânia, 2019.

	2010		2016	
VARIÁVEIS MÃE	n	%	n	%
	(1115)		(1244)	
Idade da mãe				
10 – 19	176	15.79%	245	19.69%
20 – 29	340	30.50%	529	42.52%
30 – 39	161	14.43%	275	22.11%
≥ 40	8	0.72%	39	3.14%
Ignorado	430	38.56%	156	12.54%
Duração da gestação				
< 22	32	2.87%	59	4.74%
22 – 36	521	46.73%	638	51.29%
37 – 41	235	21.08%	329	26.45%
≥ 42	16	1.43%	5	0.40%
Ignorado	311	27.89%	213	17.12%
Via de parto				
Vaginal	413	37.04%	533	42.85%
Cesário	413	37.04%	579	46.54%
Ignorado	289	25.92%	132	10.61%

Fonte: DATASUS (2019).

Quanto a variável idade da mãe para o ano de 2010 a idade predominante foi ignorada 38.56% diferente do ano de 2016 que prevaleceu entre 20-29 anos 42.52%. Isso pode inferir que a partir da consolidação dos novos modelos de formulários para o Sinasc e ainda a necessidade de alimentação da plataforma no DATASUS, podemos notar o incentivo às

notificações e consequentemente a redução de dados subnotificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Quanto a duração da gestação, a variável que sobressaiu refere-se aos RN pré-termo, entre 22 e 36 semanas, para ambos os anos com valores respectivos de 46.73% (n=521) e 51.29% (n=638), indicando a prevalência de nascimentos prematuros; o que, segundo Ministério da Saúde, 2012, converge com os indicadores do país, onde cerca de 7% de nascidos vivos do país foram pré-termos; o que indica que a prematuridade é uma das condições determinantes da mortalidade infantil. O Brasil está entre a lista dos 10 países com maiores taxas de nascimentos no período pré-termo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Quando comparamos a via de parto dos óbitos infantis podemos notar que no ano de 2010 houve uma equivalência entre os tipos cesárea e vaginal, 37.04%, enquanto em 2016 a prevalência se deu para cesárea, 46.54%, constatado assim o aumento dos óbitos relacionados aos partos cesárea no estado de Goiás, contradizendo com a política de saúde estabelecida, Rede Cegonha, que incentivou a qualificação dos enfermeiros obstetras para estimular a humanização do parto e nascimento visando redução da morbimortalidade materno-infantil (OLIVEIRA, 2016).

É possível constatar então que houve o aumento dos óbitos relacionados aos partos cesárea; o número de cesarianas no Brasil atualmente é cerca de 57%, o que diverge das orientações da OMS, que recomenda taxas entre 10% e 15% de cesarianas no país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Somente em Goiás, a média total de partos cesárea é de 67%, o que o coloca entre os estados com maiores índices de parto por tal via, é responsável por aproximadamente 40% dos partos no setor público e mais de 80% dos partos do setor privado (UNICEF, 2017).

No que se refere às variáveis neonatais a (Tabela 2), apresentada abaixo mostra o perfil dos óbitos infantis por residência para os anos de 2010 e 2016. Quanto aos dias de vida do RN a prevalência se deu entre 0-6 dias nos dois anos estudados, 55.07% (n=614) para o primeiro ano e 54.10 (n=673) para o segundo ano. O peso prevalente para o ano de 2010 foi ignorado, 30.31% (n=338), enquanto em 2016 foi de 500-999g, 24.04% (n= 299).

A maior incidência de óbitos no primeiro ano foi de 0-6 dias, no período neonatal precoce, 55.07%, convergindo com os resultados para o ano de 2016 que apresentou 54.10%

dos óbitos no mesmo período; tendendo também aos números obtidos no municípios de Ubá, MG, que chegam a 79% o número de óbitos neste determinado período (JÚNIOR, 2016).

Tabela 2. Perfil dos óbitos infantis em Goiás por residência relativo aos anos de 2010 e 2016. Goiânia, 2019.

	2010		2016	
VARIÁVEIS	n	%	n	%
RN	(1115)		(1244)	
Dias de vida				
0 – 6	614	55.07%	673	54.10%
7 – 27	186	16.68%	221	17.77%
28 – 364	315	28.25%	349	28.05%
Ignorado	0	0	1	0.08%
Peso				
< 500 g	39	3.50%	58	4.66%
500 – 999g	240	21.53%	299	24.04%
1000 – 1499 g	108	9.69%	142	11.41%
1500 – 2499 g	150	13.45%	255	20.50%
2500 – 2999 g	95	8.52%	148	11.90%
3000 – 3999 g	125	11.21%	183	14.71%
≥ 4000 g	20	1.79%	14	1.12%
Ignorado	338	30.31%	145	11.65%
Sexo				
Masculino	604	54.17%	678	54.50%
Feminino	505	45.29%	561	45.09%
Ignorado	6	0.54%	5	0.41%
Causas CID-X				
Cap. I	31	2.78%	39	3.14%
Cap. II, III, IV, IX, XI, XII, XIII, XIV	37	3.32%	45	3.61%
Cap. VI	20	1.79%	16	1.29%
Cap. X	50	4.48%	36	2.90%
Cap. XVI	691	61.98%	725	58.28%
Cap. XVII	242	21.71%	323	25.96%
Cap. XVIII	26	2.33%	23	1.85%

Cap. XX	18	1.61%	37	2.97%
---------	----	-------	----	-------

*Cap. I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II- Neoplasias (tumores); III- Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; IV – Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; VI- Doenças do sistema nervoso; IX- Doenças do aparelho circulatório; X- Doenças do aparelho respiratório; XI- Doenças do aparelho digestivo; XII- Doenças da pele e do tecido subcutâneo; XIII- Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; XIV- Doenças do aparelho geniturinário; XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal; XVII- Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas; XVIII- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; XX- Causas externas de morbidade e mortalidade.

Fonte: DATASUS (2019).

O peso prevalente dos recém-nascidos que evoluíram para óbito em 2010 foi ignorado 30.31%, já em 2016 a faixa que sobressaiu foi entre 500-999g, 24.04%, o que, diverge de Teresina – Piauí, que traz taxas de óbito neonatal, em torno de 30% em recém-nascido com peso entre 1000-2500g (MUNIZ, 2017).

O sexo que sobressaiu em ambos os anos foi o masculino, 54.17% em 2010, e 54.50% em 2016. Segundo Nascimento et al, 2012, os resultados encontrados em Caxias do Sul – RS convergem com os resultados encontrados no estado de Goiás, onde há uma prevalência do sexo masculino nos óbitos infantis, decorrente principalmente do amadurecimento dos pulmões de forma tardia, o que faz com que haja maior número de óbitos do sexo masculino e consequentemente uma redução do número de óbitos do sexo feminino, já que este tem o amadurecimento precoce do pulmões.

Quanto a causa do óbito referente ao CID–X, o Cap. XVI, que se refere a algumas afecções originadas no período perinatal, sobressaiu, sendo que em 2010 foram 61.98% dos óbitos e em 2016, 58.28%, o que converge com a causa de óbitos de menores de um ano encontrada em todo Brasil, as afecções do período perinatal foram responsáveis por 58.6% dos óbitos (SARDINHA, 2014).

4 CONCLUSÕES

Após a análise dos dados notamos que o perfil dos óbitos no estado de Goiás se manteve proporcional para os anos propostos no estudo, entretanto, o CMI aumentou para os períodos. Assim, sendo, concluímos que apesar de existirem diversas políticas voltadas para área materno-infantil, não se mostram efetivas para os problemas da população e a execução das mesmas não é bem consolidada.

Faz-se necessário a conscientização dos profissionais quanto à importância da notificação, devido ao descaso dos mesmos e ao baixo índice de dados para alimentação das plataformas digitais que são fontes extremamente ricas para o acompanhamento do desenvolvimento do estado de saúde no país.

O presente estudo contribui para conhecimento da necessidade de capacitação de profissionais de enfermagem principalmente que atendem ao pré-natal parto e nascimento, bem como acompanhamento nos programas de crescimento e desenvolvimento, agregando e fortalecendo a política de primeira semana de saúde integral, que é consolidada teoricamente, mas na prática apresenta fragilidades.

Este trabalho teve como limitação a falta de dados atuais de outras regiões do país para comparação. Diante disto, notamos a necessidade de novas pesquisas epidemiológicas na área materno-infantil, que este estudo seja base para futuras outras pesquisas já que a entendemos a importância da avaliação do estado de saúde da mulher e do recém-nascido.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações. In: Santana, V.S. **Modelos Básicos de Análise Epidemiológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 21, p. 232-251.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 26 p

BRASIL. DATASUS. **Sistema de informação sobre mortalidade (SIM) 2010a e 2016a**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10go.def>. Acesso em: 17 fev. 2019.

BRASIL. DATASUS. **Sistema de informação sobre nascidos vivos (Sinasc) 2010b e 2016b**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvgo.def>. Acesso em: 18 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 72, de 11 de janeiro de 2010. **Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 11 janeiro de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html. Acesso em: 16 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 19 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento: manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

BRASIL. Portaria GM nº 1.459, de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 17 de outubro de 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 195 p. 2012.

BRASÍLIA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília, 2014. 208 p.

CRUZ, R.S.B.L.C.; CAMINHA, M.F.C.; BATISTA FILHO, M.B. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do Pré-Natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v.18, n.1, p. 87-94. 2014.

FRANÇA E.B. et al Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 20, p. 46-60, maio, 2017.

GORDIS, L. **Epidemiologia**, 5 ed. Rio de Janeiro: Revinter, v. 371, 2010. 404 p.

JUNIOR, J.S.G. et al. Perfil da mortalidade neonatal no município de Ubá/MG, Brasil (2008-2010). **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. Vitória, v.18, n.3, p. 24-31, jul.-set., 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. **Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – 2011**. Brasília, 2013. 24p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **IHAC-Iniciativa Hospital Amigo da Criança (on line)**. 2016. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>. Acesso em: 16 fev. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **LISTA DE HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA (on line)**. 2015. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/23/LISTA-DE-HOSPITAIS-HAC-2016.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.

MUNIZ, D.W.R. et al. O Perfil Epidemiológico de Mortalidade Neonatal no Ambiente Hospitalar. **Revista Saúde em Foco**. Teresina, v. 4, n. 2, art. 7, p. 118-128, jul./dez., 2017.

NASCIMENTO, R.M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.28, n.3. p. 559-572, mar., 2012.

OLIVEIRA, E.M.; CELENTO D.D. A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. **Revista de Saúde**, v.7, n.1, p. 33-38, jan./jun., 2016.

OLIVEIRA, J.D.G. et al. Percepção de Enfermeiros Obstetras na Assistência à Parturiente. **Revista de enfermagem UFPE on line**. Recife, v.10, n.10. p. 3868-75. out., 2016.

RAMALHO, A.A. et al. Tendência da mortalidade infantil no município de Rio Branco, AC, 1999 a 2015. **Revista de Saúde Pública**. v. 52, n. 3. 2018.

RIPSA. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**, 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 350 p.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro. 2005. 744 p.

SARDINHA, L.M.V. **Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde**: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010). 2014. 182 f. Tese (doutorado). Universidade de Brasília. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical. Brasília, 2014.

SILVA, L.N.M.S.; SILVEIRA, A.P.K.F.; MORAIS, F.R.R.M. Programa de humanização ao parto e nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. **Revista de enfermagem UFPE on line**. p. 3290-3294, ago., 2017.

UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. São Luís, 2015. 43 p.
UNICEF. Quem espera, espera. Fundo das Nações Unidas para Infância – para cada criança. 2017.

UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. São Luís, 2015. 43 p.
UNICEF. Quem espera, espera. Fundo das Nações Unidas para Infância – para cada criança. 2017.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. New York; 2015. Disponível em:
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>. Acesso em: 10 de outubro de 2018.

UNITED NATIONS. **United Nations Millennium Declaration**. 2000. Disponível em:
<http://undocs.org/A/RES/55/2>. Acesso em: 10 de outubro de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WHO statement on caesarean section rates**. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Born too Soon. **The Global Action Report on Preterm Birth**. Geneva 2012.

RETRATO DOS ÓBITOS INFATIS EM GOIÁS PARA 2010 E 2016

PEREIRA, Thaynara Luciana¹; ALVES, Suellen Daniela Ferraz de Oliveira¹; OLIVEIRA, Leiliane Sabino²

¹Alunas do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Goiás – Uni-ANHANGUERA.

²Docente orientadora Ms. do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Goiás – Uni-ANHANGUERA.

A mortalidade infantil é estimada a partir do coeficiente de mortalidade infantil (CMI), que avalia o risco de óbito em menores de um ano e indica a qualidade de vida da população; através deste é possível adotar práticas para redução da MI e realizar intervenções concretas a partir de políticas públicas na área materno-infantil. O objetivo deste estudo é conhecer e contrastar o perfil dos óbitos infantis, a partir do cálculo do CMI e das variáveis associadas a mãe e ao recém-nascido, no estado de Goiás para 2010 e 2016. Foram levantados todos os óbitos infantis ocorridos no estado de Goiás em menores de um ano, contados segundo o local de residência do falecido, bem como o total de nascidos vivos para 2010 e 2016. Nos anos propostos podemos observar o crescimento do CMI, 12.74 para 13.01, o mesmo para o número de cesáreas 37.04% para 46.54%; houve prevalência de partos prematuros em ambos anos; quanto a idade da mãe houve uma melhoria na notificação pois passou de ignorada para 20-29 anos, 42.52%. Em ambos anos prevaleceram óbitos o período neonatal precoce, sexo masculino cuja causa do óbito foram afecções originadas no período perinatal; nota-se melhoria na notificação já que para 2010 o peso do recém-nascido foi ignorado e para o ano de 2016 sobressaiu óbitos entre 500-999g, 24.04%. Conclui-se que mesmo com a efetivação de políticas públicas voltadas para área, ainda há necessidade de melhorias já que os objetivos destas, não estão sendo alcançados. Sendo assim, ainda há um aumento do número de óbitos e do número de cesáreas, entretanto, pode-se notar uma melhoria quanto a notificação. Diante disto, notamos a necessidade de novas pesquisas epidemiológicas na área materno-infantil, que este estudo seja base para futuras outras pesquisas já que a entendemos a importância da avaliação do estado de saúde da mulher e do recém-nascido.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade infantil. Causa do Óbito. Saúde Materno Infantil. Enfermagem.