

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã



Trabalho 1526 - 1/62

## **INSTITUIÇÃO DE ENSINO SÃO FRANCISCO**

### **INVESTIGAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA MORTALIDADE INFANTIL EM MENORES DE UM ANO NA CIDADE DE MOGI GUAÇU EM 2000 e 2006.**

#### **AUTORES:**

**ELAINE APARECIDA DE ALMEIDA  
REGIANE GOMES DE LIMA DOMINGUES  
ALEXANDRE RONOEL SALZANI BARROS LEAL  
IVANA SIVIERO SODRÉ**

**MOGI GUAÇU – SP  
2008**

**IESF**

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Trabalho 1526 - 2/62

## RESUMO

O presente estudo realizou o levantamento de bibliografias disponíveis sobre mortalidade infantil e seus fatores relacionados. Com este embasamento foi possível discutir a implementação de recursos no município de Mogi Guaçu e seu impacto na redução da mortalidade infantil. Observou-se ao final da revisão que houve melhora nos indicadores de mortalidade infantil no município, no ano de 2006, quando comparados com os dados de 2000, embora com progresso em ritmo lento.

O índice de mortalidade infantil de Mogi Guaçu foi de 16,1 (por mil nascidos vivos) em 2000 e 9,3 (por mil nascidos vivos) em 2006. A ampliação das unidades de saúde pode ser um fator que atuou positivamente para a redução deste indicador, pois melhorou o acesso dos usuários. Concluiu-se que deve haver mais investimentos no pré-natal e na sensibilização das equipes de saúde do município, para alcançar taxas de mortalidade infantil menores.

Palavras-chave: Mortalidade infantil, pré-natal, recém-nascido.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Guardiã



Trabalho 1526 - 3/62

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

CID – Classificação Internacional de Doenças

DataSUS – Banco de dados do SUS (departamento de informática do SUS)

DIR – DRS – Direção Regional de Saúde

DNV – Declaração de Nascido Vivo

HIV – Human immunodeficiency virus (Vírus da imunodeficiência adquirida)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

ABO – Grupo sanguíneo

Rh – Fator sangüíneo

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã



Trabalho 1526 - 4/62

### LISTA DE TABELAS E FIGURAS

- Figura 1:** Resumo da Lista de Causas Evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil para menores de cinco anos de idade. *Fonte: Malta et al, 2007*.....31
- Figura 2:** Vinte principais causas de Morte em menores de um ano no Estado de São Paulo em 1998. *Fonte SEADE, 1998*.....32
- Figura 3:** Série histórica de registro da Mortalidade Infantil no Estado de São Paulo. *Fonte SEADE, 2006*.....34
- Figura 4:** Série histórica de registro da Mortalidade Infantil na Região de São João da Boa Vista, Estado de São Paulo. *Fonte SEADE, 2006*.....35
- Figura 5:** Estimativa do IBGE para a população de Mogi Guaçu entre os anos de 2000 e 2005. SEADE para o ano de 2006. *Fonte IBGE 2008 e SEADE 2008*.....37
- Gráfico 1:** Cruzamento de dados (Peso ao Nascer e Número de Consultas no Pré-Natal) no ano de 2000, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC. *Fonte SINASC, 2008*.....39

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza

**Trabalho 1526 - 5/62**

**Gráfico 2:** Cruzamento de dados (Peso ao Nascer e Número de Consultas no Pré-Natal) no ano de 2006, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC. *Fonte SINASC, 2008*.....40

**Gráfico 3:** Cruzamento de dados (Faixa Etária da Mãe e Apgar no 1º Minuto) no ano de 2000, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC. *Fonte SINASC, 2008*.....43

**Gráfico 4:** Cruzamento de dados (Faixa Etária da Mãe e Apgar no 1º Minuto) no ano de 2006, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC. *Fonte SINASC, 2008*.....44

**Gráfico 5:** Cruzamento de dados (Tipo de Parto e Duração da Gestação) no ano de 2000, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC. *Fonte SINASC, 2008*.....46

**Gráfico 6:** Cruzamento de dados (Tipo de Parto e Duração da Gestação) no ano de 2006, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC. *Fonte SINASC, 2008*.....46

**Gráfico 7:** Cruzamento de dados (Escolaridade da Mãe e Apgar no 5º Minuto) no ano de 2000, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC. *Fonte SINASC, 2008*.....48

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
 E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza


## Trabalho 1526 - 6/62

**Gráfico 8:** Cruzamento de dados (Escolaridade da Mãe e Apgar no 5º Minuto) no ano de 2006, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC. *Fonte SINASC, 2008*.....48

**Tabela 1:** Cruzamento de dados (Peso ao nascer e Número de Consultas no Pré –Natal) no ano 2000, no município de Mogi Guaçu. *Fonte SINASC, 2008*.....39

**Tabela 2:** Cruzamento de dados (Peso ao nascer e Número de Consultas no Pré –Natal) no ano 2006, no município de Mogi Guaçu. *Fonte SINASC, 2008*.....39

**Tabela 3:** Cruzamento de dados (Faixa Etária da Mãe e Apgar no 1º Minuto), no ano 2000, no município de Mogi Guaçu. *Fonte SINASC, 2008*.....42

**Tabela 4:** Cruzamento de dados (Faixa Etária da Mãe e Apgar no 1º Minuto), no ano 2006, no município de Mogi Guaçu. *Fonte SINASC, 2008*.....42

**Tabela 5:** Cruzamento de dados (Tipo de Parto e Duração da Gestação), no ano 2000, no município de Mogi Guaçu. *Fonte SINASC, 2008*.....45

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza


**Trabalho 1526 - 7/62**

**Tabela 6:** Cruzamento de dados (Tipo de Parto e Duração da Gestação), no ano 2006, no município de Mogi Guaçu. *Fonte SINASC, 2008*.....45

**Tabela 7:** Cruzamento de dados (Escolaridade da Mãe e Apgar no 5º minuto), no ano 2000, no município de Mogi Guaçu. *Fonte SINASC, 2008*.....47

**Tabela 8:** Cruzamento de dados (Escolaridade da Mãe e Apgar no 5º minuto), no ano 2006, no município de Mogi Guaçu. *Fonte SINASC, 2008*.....47

**Tabela 9:** Frequência de Mortalidade Infantil no Município de Mogi Guaçu, segundo faixa etária e causa da morte (CID 10) no ano de 2000. *Fonte SINASC, 2008*.....50

**Tabela 10:** Frequência de Mortalidade Infantil no Município de Mogi Guaçu, segundo faixa etária e causa da morte (CID 10) no ano de 2006. *Fonte SINASC, 2008*.....51

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Trabalho 1526 - 8/62

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVOS.....	10
2.1. OBJETIVO GERAL.....	10
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	10
3. METODOLOGIA.....	11
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	12
4.1. “SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA”.....	12
4.2. “MORTALIDADE INFANTIL”.....	15
4.3. “COMITÊ DE MORTALIDADE INFANTIL”.....	20
4.4. “ÓBITO FETAL E INFANTIL – PRINCIPAIS CAUSAS”.....	22
4.5. “PANORAMA DA MORTALIDADE INFANTIL NO ESTADO DE SÃO PAULO E NA REGIÃO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA”.....	34
4.6. “MOGI GUAÇU – CENÁRIO”.....	35
4.7. “MOGI GUAÇU – COEFICIENTES E TAXAS”.....	38
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	52
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	56

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã

Trabalho 1526 - 9/62

## 1. INTRODUÇÃO

Acolher usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e humanizar o atendimento estão entre as prioridades brasileiras e são defendidos por gestores, profissionais, cidadãos e estudiosos.

Em primeiro lugar, porque é um direito do cidadão brasileiro e colocam em prática os princípios e diretrizes do SUS, dispostos na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

- I. “Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”;
- II. Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV. Igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V. Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VIII. Participação da comunidade;
- XII. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 1990).

Também, porque dignifica a pessoa atendida e estabelece vínculo capaz de qualificar o serviço de forma a extrair resultados plenos e satisfatórios.

Sabe-se que a assistência prestada no início da vida é essencial para garantir completo desenvolvimento das capacidades cognitivas e físicas e

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

**Trabalho 1526 - 10/62**

demanda compromisso, conhecimento e intervenção oportuna dos profissionais envolvidos. (BRASIL, 2004-a).

Não basta realizar técnicas adequadas, mas sim entender e contextualizar a situação vivida por cada usuário, a fim de otimizar recursos e colher os resultados esperados.

Para tanto, é importante dedicar-se a planejar as atividades oferecidas, como por exemplo, o pré-natal, para que todas as mulheres tenham acesso a este recurso de aplicação fácil e possível (BRASIL, 2004-a).

Manter serviços preparados para o acolhimento de mulheres e homens proporciona autonomia, para escolher quando e como formarão suas famílias e embasa cuidados importantes nos primeiros anos de vida da criança (VICTORA, 2001).

Quando há desalinhamento entre os recursos disponibilizados à população, percebe-se através de indicadores de saúde que “algo não vai bem”. Estes indicadores comparam dados colhidos em determinado período em um território, proporcionam possibilidades infinitas de análises e servem para nortear o planejamento de ações estratégicas de melhoria dos serviços prestados (BRASIL, 2006).

Através destes indicadores, pode-se saber se um município disponibiliza vacinas à população de sua área de abrangência em quantidade suficiente, por exemplo (BRASIL, 2006).

Um dos indicadores mais precisos e importantes para analisar a qualidade de vida de uma população é o índice de mortalidade infantil de um território (PEREIRA, 2002).

Com ele é possível estudar a “qualidade do nascimento” de uma população e se o atendimento prestado antes, durante e depois do parto satisfazem as necessidades requeridas, tornando possível realizar diagnóstico de falhas no saneamento básico e cuidado com alimentação e higiene pessoal. Também é possível analisar se o acompanhamento vacinal e o desenvolvimento neuro-psico-motor está adequado à idade da criança, bem como se a atenção à saúde da mulher (cobertura de ações para prevenir gestação inoportuna e

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 11/62**

indesejada, transmissão vertical de doenças e disponibilização de recursos às mulheres vítimas de violência sexual estão disponíveis) (VICTORA, 2001).

Isso tudo graças a avanços importantes que se fortaleceram com a chegada do século vinte e um e prática do Artigo 7º, Capítulo I, página15, dos Direitos Fundamentais, do Estatuto da Criança e Adolescente, de 13 de julho de 1990, segundo Pinto, Windt, Céspedes et al (2005):

*“A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”.*

Entre os avanços estão à consolidação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a implantação dos Conselhos Tutelares e Comitês de Mortalidade Infantil e prática da apropriação do vínculo enraizada pelo Programa de Saúde da Família e aproveitada pela Saúde Pública em geral.

O presente estudo propõe uma revisão bibliográfica de manuais e artigos com a intenção de verificar progressos conseguidos no Município de Mogi Guaçu, sede da Instituição de Ensino São Francisco, após dez anos da publicação da Lei Orgânica da Saúde e Estatuto da Criança e Adolescente e comparativo dos dados de Mortalidade Infantil nos anos de 2000 e 2006.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Guardiã



Trabalho 1526 - 12/62

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GERAL

Explorar o coeficiente de mortalidade infantil e seus fatores relacionados no município de Mogi Guaçu nos anos 2000 e 2006.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar, através de revisão bibliográfica, as ações para diminuir os coeficientes e taxas de mortalidade infantil propostas pelo Ministério da Saúde;
- Conhecer as políticas públicas destinadas à prevenção da mortalidade infantil aplicadas no Município de Mogi Guaçu;
- Buscar, através da literatura quais são as maiores dificuldades para o funcionamento dos Comitês Municipais de Mortalidade Infantil.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã

Trabalho 1526 - 13/62

### 3. METODOLOGIA

Estudar e analisar textos norteadores da prática cotidiana nos permite repensar ações mecânicas e elaborar atividades mais condizentes com a realidade que presenciamos. Somente quando destinarmos tempo suficiente ao planejamento, poderá melhorar a qualidade da assistência à saúde.

O presente trabalho atende a essa demanda e se propõe a revisar a literatura disponível, através de livros, periódicos, internet e elaborar artigo científico, conforme normas técnicas da ABNT, no período de 1997 a 2008.

O trabalho é composto de seis capítulos destinados à revisão bibliográfica e posterior reflexão, descrita sob a forma de apresentação de tabelas e discussão, acerca de análise dos dados pesquisados.

Mogi Guaçu é uma cidade localizada no interior do Estado de São Paulo (Brasil) a 60 km da cidade de Campinas, sua população conta com 142.628 habitantes segundo SEADE (2008), com taxa de mortalidade infantil de 9,34 por 1000 nascidos vivos no ano de 2006.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Iracema Guardiã

Trabalho 1526 - 14/62

#### 4. REVISÃO DA LITERATURA

##### 4.1. “SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA”

O primeiro passo para que a criança possa gozar de desenvolvimento saudável é o planejamento de ações condizentes com sua realidade. Nesse momento devem ser envolvidos outros setores que compartilham atividades relacionadas à criança. A articulação intersetorial permite que escola, unidade de saúde, serviços especializados, comunidade, pais e familiares possam diagnosticar precocemente problemas e traçar intervenções efetivas para solucioná-los (BRASIL, 2004-a).

A parceria e a presença de profissionais em todos os ambientes que cercam a criança possibilitam, também, universalizar o acesso à saúde. Quando se conhecem outros setores que podem assistir ao usuário de maneira complementar, este pode ser encaminhado e/ou aguardar orientações para que cada atividade seja desempenhada plenamente. Isso não significa que a criança deixa de fazer parte do setor que a encaminhou, mas que o cuidado continua e deve ser acompanhado em equipe (BRASIL, 2004-a).

Entretanto, muitos serviços, ainda hoje, centram o atendimento na figura do médico e acaba por não conhecer as demandas de sua população. Por vezes é possível identificar que os pais nem conseguem ser ouvidos assim que chegam à unidade de saúde se o profissional médico não estiver presente. O acolhimento é importante e a solução pode ser de fácil alcance se não a “burocratizá-la” demais (BRASIL, 2004-a).

Resolver um problema, antes de qualquer coisa requer “diversos saberes e recursos adequados à necessidade apresentada” e, portanto atuar em equipe é princípio fundamental para assistir integralmente e não apenas fragmentar o cuidado (BRASIL, 2004-a).

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 15/62**

Deve-se lembrar que o planejamento necessita ser periodicamente avaliado e redirecionado quando necessário e sempre com a participação da comunidade. Somente com essa concretização pode-se atuar e não ser meros expectadores das políticas públicas (BRASIL, 2004-a).

As ações direcionadas à saúde da criança devem priorizar o atendimento integral à saúde da mulher, da gestante, da parturiente e da puérpera. Estas ações envolvem: promoção da autonomia para o planejamento familiar, atendimento às vítimas de abuso sexual, garantia do intervalo interpartal, prevenção de gravidez indesejada ou inoportuna, apoio para o início da atividade sexual, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, oferecimento de pré-natal de qualidade e humanizado, identificação precoce de fatores de risco que acarretarão problemas no desenvolvimento da criança e solução em tempo hábil. Muitos estados ainda não disponibilizam partos institucionais ou atendimento imediato ao recém-nascido e isso contribui para aumentar os índices de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2004-a).

O uso do ácido fólico e do sulfato ferroso durante a gestação previne as malformações fetais e deve ser oferecido a todas as gestantes (Brasil, 2004-c).

Outro recurso facilmente aplicado e que detecta diversas doenças (hipotireodismo, fenilcetonúria, anemia falciforme e fibrose cística) é o exame do pezinho, realizado no quinto dia de vida da criança e permite cuidado adequado aos portadores de doenças genéticas (BACKES et al, 2005).

A alimentação saudável nos primeiros anos de vida previne sobrepeso, obesidade, doenças metabólicas e crônicas, como o diabetes e a hipertensão arterial, anemia, carências nutricionais e desnutrição (BRASIL, 2004-a).

O primeiro e mais importante alimento da criança é o leite materno. Para garantir o direito de mãe e criança compartilharem esse momento, políticas públicas lançam recursos importantes como à proteção legal no retorno ao trabalho e a restrição de *marketing* para o leite industrializado. Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado da gestante, parturiente e binômio- mãe – filho devem privilegiar oportunidades de orientação e facilitação do aleitamento exclusivo (SILVA, SOUZA, 2005).

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 16/62**

Para se ter certeza de que a alimentação da criança está proporcionando crescimento e desenvolvimento adequado à idade da criança, é preciso acompanhamento contínuo dos dados antropométricos e outros cognitivos. Este é possível em todo território nacional pelo preenchimento correto do “Cartão da Criança”, este permite registrar medicações, patologias, consultas, uso complementar de vitaminas e imunização. Este último exige empenho rigoroso da equipe de saúde para alcançar a meta de vacinar noventa e cinco por cento das crianças menores de cinco anos e contribuir para erradicar algumas doenças. Estão disponíveis vacinas para outras faixas etárias de igual importância, como por exemplo, a vacinação de mulheres em idade fértil contra sarampo e rubéola e hepatite B (VICTORA, 2001).

Algumas doenças, entretanto apesar dos cuidados no pré – natal (disponibilização de exames sorológicos, profilaxia e vacinas) ainda é notificada em crianças: sífilis e rubéola congênita, tétano neonatal, HIV/aids e diarreias. Outras doenças, de igual importância, são tão nocivas e não preveníveis no pré-natal são as doenças respiratórias e alérgicas. Para efetivar um cuidado adequado toda a equipe de saúde deve se empenhar no controle dessas patologias (BRASIL, 2004-a).

Muitas vezes se esquece de que para a criança se alimentar bem, ela deve ter uma dentição bem conservada e nesse momento é muito importante o trabalho intersectorial compartilhado entre a equipe de saúde e da educação (BRASIL, 2004-a).

Hoje em dia muitos jovens estão envolvidos em atividades ilícitas e que não tiveram base fortalecida para enfrentar as dificuldades cotidianas. Este trabalho de inserção da criança e diagnóstico situacional inicia-se na infância e conta com a parceria da equipe de saúde mental (BRASIL, 2004-a).

Deve-se sempre que possível divulgar práticas de prevenção de acidentes na infância, pois podem ser mutiladores. Estar prontos e atentos para lidar com situações de maus tratos também é responsabilidade de toda a equipe que cerca a criança (BRASIL, 2004-a).

Nem sempre o serviço está preparado para receber a criança portadora de deficiência e isso preocupa muito. Algumas destas deficiências poderiam até

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 17/62**

ser evitadas ou minimizadas se fosse disponibilizado recursos oportunos na gestação e parto e nas urgências e emergências hospitalares. A sobrevivência de crianças portadoras de deficiência tem melhorado muito nos últimos anos e precisamos nos preparar para a inserção destas pessoas no mundo em que vivemos. Acolher o “diferente” é algo imediato. Não pode-se deixar para as instituições o convívio que pode-se oferecer com qualidade. Monitorar sinais de alerta permite reabilitar uma criança na sua capacidade funcional e desempenho humano (BRASIL, 2004-a).

Alguns conceitos têm sido muito mencionados nos últimos anos e não é para menos. Acolhimento, vigilância, articulação, educação continuada e vulnerabilidade são os elos principais na corrente das estratégias de ação para garantir o direito à saúde de todo cidadão brasileiro. Com seu uso é possível minimizar os danos e promover a saúde de forma efetiva (BRASIL, 2004-a).

A porta de entrada da criança no serviço também é momento crucial para que se possa colocar em prática o melhor que oferecemos. Pode-se realizar a melhor pesquisa, o melhor planejamento, ter os melhores equipamentos e profissionais, mas de nada adianta se não conseguirmos disponibilizá-los ao usuário, se ele não tiver acesso.

Para isso se faz necessário uma equipe comprometida e sensibilizada com seu papel. Pactuar, avaliar e estudar critérios e indicadores em parceria melhora a recepção do usuário no serviço. Outro ponto importante é que todos devem saber que não há como transferir responsabilidade, só é permitido somar esforços e procurar suporte em outros locais. Todo momento que o usuário está em uma unidade de saúde, seja ela de urgência, saúde mental, saúde da família ou básica, é uma oportunidade imperdível de avaliar riscos e propor medidas de contenção oportunas (BRASIL, 2004-a).

Existem dois recursos fantásticos e muitas vezes depreciados ou esquecidos: a Equipe de Agentes Comunitários de Saúde e a visita domiciliar. Com eles pode-se ir até o ambiente em que a criança vive e personalizar a prescrição de cuidados. Pode-se entender como pensam e como são suas rotinas e costumes. Fica mais fácil de seguir a prescrição e evita que algo não condizente com a realidade seja sugerido à família (BRASIL, 2004-a).

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã

Trabalho 1526 - 18/62

#### 4.2. “MORTALIDADE INFANTIL”

Fruto da parceria entre Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS), o Painel do Sistema Único de Saúde (SUS) tem o objetivo de democratizar a informação a saúde, pois retrata os Indicadores de Saúde com rigor técnico e mostra o cenário nacional com linguagem acessível a usuários, trabalhadores e gestores. Estes indicadores são importantes para conhecer as condições de vida de uma população (BRASIL, 2006).

Em 2006, gestores das três esferas do governo assinaram o Pacto pela Saúde, que se apresenta em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Destaca-se, no momento, o Pacto pela Vida que prioriza as seguintes ações: redução da mortalidade infantil e materna, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006).

Sabe-se que a mortalidade infantil teve declínio nas últimas décadas, impulsionado por melhores condições de vida e trabalho, disponibilização de imunobiológicos a toda população (menor registro de casos de infecções como, por exemplo, meningite e pneumonia causada por *Haemophilus* e diarreia causada por Rota vírus), menor taxa de fecundidade (queda média de 68 por cento) e maior cobertura de ações de pré-natal e parto institucionalizado (BRASIL, 2006).

Entretanto, a gestação em momento inoportuno e não planejado entre adolescentes cresceu cerca de 14 por cento e apesar do declínio no registro da mortalidade infantil ter acontecido, tem-se mantido estável principalmente nesta última década. Merece, portanto ser investigado (BRASIL, 2006).

A obrigatoriedade de registro em cartório de nascimentos e mortes além de ser um direito de todo cidadão, disponibiliza dados para análise das condições de saúde de uma população (PEREIRA, 2002).

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 19/62**

Nosso país enfrenta realidades extremamente díspares, talvez por sua extensão e por desigualdades evidentes tanto sociais, quanto de oportunidades e, isso dificulta a elaboração de políticas públicas para todo território nacional. Enquanto alguns estados exploram dados confiáveis para melhorar as condições de atendimento em unidades de saúde e hospitais, outros lutam para disponibilizar recursos humanos e diagnósticos mínimos (PEREIRA, 2002).

O estudo da mortalidade fornece dados para conhecer como e porque as pessoas morrem. Este é importante para a “determinação das prioridades” e diagnóstico situacional com conseqüente planejamento de ações para evitar ou diminuir a mortalidade daquela população. Pode ser útil também para saber eficácia e eficiência de tratamentos e exames (PEREIRA, 2002).

Algumas dificuldades são encontradas na coleta de dados: importação e exportação de óbitos (moradores de outras cidades que procuram serviço médico fora do local de sua residência), sub notificação e declarações de óbitos mal preenchidas (preenchimento incorreto, falha no diagnóstico e codificação do escrito) (PEREIRA, 2002).

Mariotoni; Barros Filho, (1997), utilizando como fonte o SINASC, analisaram peso ao nascer, apgar, sexo, idade gestacional, escolaridade e idade maternas, número de consultas médicas no pré-natal. Demonstraram a importância deste instrumento para análise real e em determinado período de tempo, possibilitando a realização de série histórica de determinados eventos. Por ser on line e permitir relatórios, é possível visualizar retrato atual das condições de nascimentos de um município. Assim sendo, pode embasar ações que melhorem a assistência pré-natal, no parto e puerpério. Entretanto, para que essas ações possam ser fidedignas é necessário que haja qualidade nos dados captados. No estudo realizado em Campinas, quase a totalidade das DNV tinha os dados informados – variações entre 84,1 a 100 por cento das informações foram declaradas.

O coeficiente ou taxa de mortalidade infantil é obtido pela relação entre o número de óbitos em crianças nascidas vivas no primeiro ano de vida, por mil

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 20/62**

nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico (município, estado, país), no ano considerado (BRASIL, 2004-b).

É considerado alto quando atinge 50 por mil ou mais, média quando a taxa atinge entre 20 e 49 por mil e, baixa, com menos de 20 por mil (BRASIL, 2004-b).

É composta por:

- ✓ Mortalidade neonatal: número de óbitos em crianças nascido vivas ocorridos entre 0 e 27 dias de vida completos (27 dias, 23 horas e 59 minutos) no primeiro anos de vida, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico (município, estado, país), no ano considerado. Quando estas taxas são elevadas há que se considerar condições sócio – econômicas insatisfatórias, atendimento precário à mãe na gestação, parto e ao recém nascido.
- ✓ Coeficiente de mortalidade neonatal precoce: número de óbitos em crianças nascido vivas ocorridos até 6 dias de vida completos (6 dias, 23 horas e 59 minutos) no primeiro ano de vida, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico (município, estado, país), no ano considerado. Este coeficiente pode ser subestimado pela sub notificação uma vez que é comum o registro de natimortos. Influencia negativamente também o número de nascidos vivos.
- ✓ Coeficiente de mortalidade neonatal tardia: número de óbitos em crianças nascido vivas ocorridos entre 7 e 27 dias de vida completos (27 dias, 23 horas e 59 minutos) no primeiro ano de vida, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico (município, estado, país), no ano considerado.
- ✓ Mortalidade pós – neonatal: número de óbitos em crianças nascido vivas ocorridos entre 28 e 364 dias de vida completos (364 dias, 23 horas e 59 minutos) no primeiro anos de vida, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico (município, estado, país), no ano considerado. Reflete principalmente baixos níveis de saúde e desenvolvimento sócio econômico.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 21/62**

- ✓ Coeficiente de mortalidade perinatal: número de óbitos fetais (a partir de 22 semanas completas de gestação, ou 154 dias, ou fetos com peso igual ou superior a 500 g ou estatura a partir de 25 cm), acrescidos dos óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias completos), por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos), da população residente, em determinado espaço geográfico, no período considerado. (BRASIL, 2004-b).

Alguns conceitos são importantes, devem ser descritos e corretamente interpretados:

- Nascido vivo: é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe de um produto de concepção, independente da duração da gestação, que depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida;
- Óbito fetal: nascido morto ou natimorto: é a morte do produto da gestação, antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independente da duração da gestação;
- Abortamento: é a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25 cm ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo ou não espontâneo ou induzido.
- Declaração de Nascido Vivo (DNV): documento padrão do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos;
- Declaração de Óbito: documento padrão para registro do óbito e suas causas básicas e conseqüências e complicações;
- Recém nascido de baixo peso: recém nascido com peso menor que 2500 gramas;
- Recém nascido de muito baixo peso: recém nascido com peso menor que 1500 gramas;
- Recém nascido a termo: recém nascido com idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias;

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 22/62**

- Recém nascido prematuro: recém nascido com idade gestacional menor que 37 semanas de gestação;
- Recém nascido pós-termo: recém nascido com idade gestacional maior que 42 semanas;
- Sofrimento fetal ou asfixia ao nascer: apgar menor que 7 no primeiro e quinto minuto de vida (BRASIL, 2004-b).

**4.3. "COMITÊ DE MORTALIDADE INFANTIL"**

Em 1980 o Brasil registrava 85,6 óbitos por mil nascidos vivos. Dez anos depois, registrava 48 óbitos por mil nascidos vivos e em 2002, 26,5 óbitos por mil nascidos vivos. É uma redução importante, mas que difere muito entre as regiões do país. O estado de São Paulo registrou em 2002 quinze óbitos por mil nascidos vivos, abaixo da média nacional. (BRASIL, 2004-b).

Em 2004 foi lançado o "Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil", parte integrante da Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde. Ação fundamental para melhorar o índice de desenvolvimento humano, promover "visibilidade" da problemática da qualidade no início da vida e sensibilizar profissionais envolvidos a demandarem energia para combatê-la (BRASIL, 2004-b).

Esta ação federal é importante para concretizar a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e firmar a construção dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, proposto na portaria nº 1339 do Ministério da Saúde, publicada em 15 de dezembro de 1999, que atribui ao município garantir "estrutura e equipes compatíveis para exercer tais atividades" (BRASIL, 2004-b).

A construção de Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal é estratégia essencial para compreender as circunstâncias dos óbitos, estudar fatores de risco e disponibilizar sugestões para evitar ocorrências futuras. É ferramenta de participação interinstitucional, com participação de sociedade civil e poder público (BRASIL, 2004-b).

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã

**Trabalho 1526 - 23/62**

As três esferas do governo devem estar envolvidas e cada Comitê deve cumprir com suas atribuições em cada nível, principalmente aquelas de caráter educativo como, por exemplo, a elaboração e divulgação de material específico contendo experiências bem sucedidas e a realização de oficinas, seminários e encontros para discutir o assunto (BRASIL, 2004-b).

Deve haver o apoio mútuo entre as esferas governamentais no sentido de fortalecer as ações preventivas, firmar parcerias e disponibilizar conteúdo técnico necessário para elaborar as análises (BRASIL, 2004-b).

Além dos comitês formados no poder público, destacam-se os Comitês Hospitalares, formados pelos prestadores de serviço e diretamente relacionados a atividades de qualidade do nascimento (BRASIL, 2004-b).

A composição dos comitês depende das características e interesses locais. Deve envolver a participação de representantes e instituições diretamente envolvidos na assistência a saúde da gestante e da criança, além dos técnicos que lidam com as estatísticas vitais (BRASIL, 2004-b).

São objetivos dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal:

- Análise dos óbitos;
- Identificação dos problemas relacionados: organização e qualidade da assistência à saúde, condições sócio-econômicas entre outras;
- Discussão dos casos com as equipes envolvidas;
- Divulgar e dar visibilidade ao problema através de ações educativas diversas;
- Melhorar a informação em saúde com correção das estatísticas oficiais e melhoria dos registros em saúde através da sensibilização dos profissionais envolvidos;
- Propor medidas de prevenção e intervenções necessárias para prevenir novas ocorrências;
- Mobilizar o poder público, instituições e sociedade civil para reduzir a mortalidade infantil e fetal e melhorar as condições de nascimento (BRASIL, 2004-b).

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 24/62**

Não é uma política que se efetiva apenas com a imposição. O sucesso das ações depende principalmente do envolvimento consciente de profissionais, gestores e sociedade. Daí é necessário, antes de qualquer coisa, sensibilizar para essa proposta, através de ações que atentem a sociedade e os profissionais para o planejamento de atuações fundamentadas em dados confiáveis e que dimensionem a mortalidade infantil e fetal na região, estado ou país (BRASIL, 2004-b).

Após essa sensibilização é preciso elaborar portaria ou resolução deliberando inclusive sobre o acesso dos profissionais das Secretarias ou representantes dos Comitês aos prontuários, bem como a necessidade de melhorar os registros das declarações de nascidos vivos e declarações de óbitos e prontuários (BRASIL, 2004-b).

Os comitês devem elaborar um regimento interno que contenha as rotinas de trabalho, as atribuições, os profissionais que investigam o óbito (através de entrevista domiciliar e hospitalar), prazos para a investigação, metodologia de discussão e análise dos casos, da análise da evitabilidade e divulgação com retorno aos profissionais e instituições envolvidos, avaliação da assistência à saúde prestada, identificação dos problemas mais freqüentes, recorrentes ou reincidentes, definir encaminhamentos necessários e metodologia para correção das informações e registros civis (SIM – SINASC), definir a elaboração das propostas de intervenção, recursos necessários para o funcionamento, definir estratégias de interlocução com os gestores e elaboração dos planos municipais, regionais e estaduais de redução da mortalidade infantil e perinatal (BRASIL, 2004-b).

**4.4. “ÓBITO FETAL E INFANTIL – PRINCIPAIS CAUSAS”**

Ao pesquisar as principais causa de óbito fetal e infantil depara-se com um obstáculo desconhecido até então: a falta de trabalhos científicos para o assunto. Algumas pesquisas foram feitas, de modo geral, na região Sudeste do país, mas são poucas e superficiais. O debate do assunto *mortalidade infantil*

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 25/62**

fortalece a adoção de medidas cabíveis para evitá-las em tempo hábil, mas está “engatinhando”.

Crianças menores de 1 ano são mais vulneráveis a fatores ambientais, saneamento básico, qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde, fatores sócio-econômicos são influenciados pela saúde materna (SEADE, 2006).

Foi publicado em julho de 2007, nos Cadernos de Saúde Pública, um estudo muito interessante, que pesquisou a literatura brasileira publicada entre 1998 e 2006 sobre o comportamento da mortalidade infantil e sua possível associação com as mudanças na organização e no financiamento do Sistema Único de Saúde (DUARTE, 2007).

O artigo relembra que as condições maternas e infantis (idade da mãe, paridade, intervalo interpartal, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo no crescimento intra-uterino), as condições ambientais (existência de serviços de saúde e acessibilidade da população a eles, abastecimento de água potável, saneamento básico) e as relações sociais que organizam a vida das pessoas (moradia, trabalho, renda e nível de informação), são descritas na literatura como diretamente envolvidas com a mortalidade infantil (DUARTE, 2007).

Na pesquisa realizada, Duarte encontrou 464 trabalhos, que se excluindo as repetições restaram 189. Destes foram analisados os resumos e selecionados 59. Conclui-se que a maior produção científica é na região sudeste do país e a maior parte usa dados dos Sistemas de Informação disponíveis: SIM, SINASC, SIAB, IBGE e SEADE no estado de São Paulo (DUARTE, 2007).

Daí a importância de manter um banco de dados confiável e adequado. Conclui-se que até o momento não foi possível avaliar o impacto das alterações produzidas depois de 1996 na organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde que impactassem na mortalidade infantil. Isso não significa, entretanto, que não foram ações norteadoras das melhorias dos coeficientes da mortalidade desta faixa etária, mas sim que, não há valorização da pesquisa em nível adequado. Sem ela o planejamento e a avaliação restringem-se a opiniões não fundamentadas levando pesquisadores a caminhar na direção errada por tempo maior do que se deveria (DUARTE, 2007).

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 26/62**

O componente pós-neonatal (entre 28 dias e 1 ano de idade) contribuiu significativamente para a queda do indicador de mortalidade infantil no Brasil, representando redução de 21,5 por cento entre 2000 e 2004. Isso se deve a redução das doenças infecciosas (em especial àquelas imunopreveníveis, cujas vacinas foram introduzidas no calendário de vacinação, exemplo disso é a vacina contra *Haemophilus influenza* tipo B, que impactou positivamente sobre o registro de pneumonias e meningites provocadas por este agente); redução das diarreias (impulsionado pelas melhorias no saneamento básico e introdução da vacina contra Rotavírus) e ampliação do Programa de Saúde da Família (para cada aumento de 10 por cento na cobertura verificou-se redução de 4,5 por cento na mortalidade infantil) (BRASIL, 2008 e SEADE, 2006).

Observou-se, que houve aumento na prevalência de partos prematuros (63 por cento em 1982 para 16,2 por cento em 2004), redução de 47 gramas em média no peso do RN e apesar das consultas de pré-natal serem em número adequado (8,3 em média), somente 77 por cento das gestantes foram submetidas a exame vaginal, 32 por cento das gestantes não foram imunizadas durante a gravidez e não receberam toxóide tetânico. As taxas de parto cesáreo aumentaram em média 15 por cento entre 1982 e 2004 (nas instituições privadas esse aumento é em torno de 54 por cento) (GUINSBURG, 2005).

A asfixia neonatal se mostra um componente importante das causas de mortalidade infantil atualmente (GUINSBURG, ALMEIDA, 2008).

Estudo realizado em 2003 nas maternidades das capitais brasileiras apontou para o elevado índice de mortalidade neonatal por asfixia em RN a termo (1,85 por 1000 nascidos vivos) se comparado aos níveis registrados na Europa Ocidental três anos antes (GUINSBURG, ALMEIDA, 2008). Outro estudo realizado no estado de São Paulo confirma que a asfixia neonatal é causa verificada em grande parte dos óbitos, 22 por cento.

Segundo Malta et al,  
página 233, 2007.

*“As causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época”.*

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

**Trabalho 1526 - 27/62**

Assim sendo, conhecer as causas das mortes e dedicar tempo a estudá-las permite avaliar a qualidade dos serviços prestados à população. Até o momento se trabalha muito com quantidade de atendimentos e cobertura por procedimento (por exemplo, vacina), mas não se tem disponíveis mecanismos que possam qualificar a assistência à saúde e saber se estão sendo eficientes e eficazes (MALTA et al, 2007).

Isto pode ser percebido na análise da espera por atendimentos médicos em Unidades Básicas de Saúde, a disponibilidade de consultas e os encaminhamentos a serviços especializados de saúde, sempre faltam vagas de consultas e os atendimentos não correspondem à expectativa. Muitas vezes, ao fazer a anamnese adequada tem-se a vantagem de resolver melhor o problema do doente em tempo menor e sem congestionar o Sistema (MALTA et al, 2007).

Na cidade de Londrina (Paraná) foi realizado estudo que analisou óbitos de recém-nascidos com peso de 500 a 1500 gramas. Ao se comparar as taxa de mortalidade desse estudo com outros países desenvolvidos, observa-se uma taxa mais alta, onde foi encontrado 32,5 por cento, enquanto a Espanha tem taxa de 18,8 por cento e Estados Unidos, 24,4 por cento (CARVALHO, BRITO, MATSUO, 2007).

Os autores apontam alguns fatores de risco que contribuem para esta taxa tão alta: hospitalização prolongada, grande vulnerabilidade e maior risco de complicações, como por exemplo, doença pulmonar crônica, retinopatia da prematuridade, distúrbios e seqüelas neurológicas (CARVALHO, BRITO, MATSUO, 2007).

Óbitos em recém-nascidos de muito baixo peso representam 50 por cento dos óbitos em crianças menores de um ano. Algumas medidas podem ser consideradas de proteção para evitar o nascimento precoce: assistência pré –

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 28/62**

natal com monitoramento e tratamento do sofrimento fetal e adequado atendimento em sala de parto (CARVALHO, BRITO, MATSUO, 2007).

Neste estudo percebe-se que a associação entre variáveis sócio – econômicas, pré-gestacionais e o óbito não foi significativa: mães com idade inferior a 20 anos e superior a 35 anos representaram 30 por cento entre os óbitos, 43,1 por cento das mães tinham o primeiro grau completo, 47,6 por cento tinha renda per capita de um salário mínimo, 87,8 por cento vivia com o companheiro, 33,5 por cento tinham antecedentes de recém-nascidos de baixo peso, 35,7 por cento, tinham antecedentes de parto prematuro, 36,7 por cento apresentaram abortos anteriores, 48,7 por cento eram nulíparas, e 65,9 por cento respeitaram o intervalo interpartal de vinte e quatro meses (CARVALHO, BRITO, MATSUO, 2007).

Com relação ao pré-natal: 96,1 por cento realizaram, 73,1 por cento iniciaram no primeiro trimestre, 45,6 por cento compareceram a seis ou mais consultas e 85,8 por cento apresentaram doença durante a gestação (hipertensão arterial, eclampsia, pré-eclampsia, infecção do trato urinário, hemorragia, anemia e diabetes mellitus) sendo que, destas, 38,3 por cento foram hospitalizadas. Dezoito por cento apresentaram rotura espontânea das membranas antes do parto com tempo maior que dezoito horas (CARVALHO, BRITO, MATSUO, 2007).

Setenta e cinco por cento dos óbitos ocorreram no período neonatal precoce e 17,9 por cento nas primeiras doze horas de vida. Foram considerados fatores de risco para o óbito: sexo masculino, idade gestacional menor que vinte e oito semanas, peso ao nascimento menor que 750 gramas e apgar igual ou menor que três no primeiro e no quinto minuto. Cuidados como o uso de corticosteróide no período antenatal e continuous positive airway pressure (CPAP), foram considerados fatores de proteção ao óbito. As doenças associadas ao óbito foram: síndrome do desconforto respiratório (44,4 por cento), pneumotórax (66,7 por cento) e hemorragias intracranianas (24,3 por cento) (CARVALHO, BRITO, MATSUO, 2007).

O período neonatal representa 70 por cento dos óbitos infantis, sendo portanto, evento sentinela, onde a principal causa de morte é perinatal e as

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 29/62**

malformações congênitas ficam como a segunda causa de morte no estado de São Paulo (SEADE, 2007).

Schoeps et al, (2007), apontaram como fator de risco em estudo que analisou através de entrevista com a mãe e consulta a prontuários de 146 óbitos e 313 casos - controle, os seguintes fatores:

- Fatores sócio–econômicos das famílias e das mães: trabalho da mãe durante a gestação, posse de plano de saúde durante a gestação, etnia, ocupação e escolaridade do chefe da família e da mãe menos que quatro anos, localização do domicílio na favela, número de cômodos, sendo que, os três últimos influenciaram a mortalidade neonatal precoce;
- Identificação e inclusão de fatores psicossociais (situações geradoras de estresse): tempo e tipo de união, composição familiar, planejamento da gestação, estado de saúde pré–gestacional reação da mãe, pai e família à gravidez, tentativa de aborto, violência doméstica e adolescência. Estes dois últimos contribuíram para a mortalidade neonatal precoce;
- Características biológicas e história reprodutiva materna: paridade anterior, presença de óbito anterior de criança menor de um ano, índice de massa corpórea, altura materna, intervalo interpartal, que não demonstraram influenciar no óbito. Outros fatores foram importantes: ameaça de parto prematuro, doença renal, diabetes mellitus, sangramento, hipertensão durante a gravidez, presença de nascimento anterior de criança com baixo peso (menor que 2500 gramas), consumo de cigarro e bebida alcoólica, pré-natal adequado (exames, consulta no primeiro trimestre, ausculta fetal e aferição de pressão arterial materna);
- Características do parto: influenciaram no óbito o tipo de parto, problemas durante o parto, meio de transporte como ambulância e corpo de bombeiros, geralmente relacionados à urgência e emergência. Outros fatores não mostraram relevância: parto no primeiro serviço procurado pela mãe e tempo gasto no transporte;

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 30/62**

- Características do recém-nascido: sexo, peso ao nascer e idade gestacionais, considerados todos influentes no óbito infantil.

Este estudo mostrou-se importante porque considerou além dos fatores proximais (relacionados ao estado físico do binômio mãe – filho), fatores que refletem a exclusão social e psicossociais. Ao contrário do estudo anterior tornaram relevantes estes fatores e descreveu-os sob a ótica materna, que coloca o usuário como sujeito ativo de sua saúde e compartilha percepções e responsabilidades, permitindo a reflexão e reação destas mães (SCHOEPS et al, 2007).

Mariotoni; Barros Filho (1998) questionaram a gravidez na adolescência como causa direta na baixa duração da gestação e baixo peso ao nascer. Das adolescentes estudadas, 42 por cento eram não-unidas, 92,6 por cento analfabetas ou com escolaridade inferior a oito anos, 79 por cento não trabalhavam, 40,8 por cento não fizeram acompanhamento no pré-natal ou realizaram de maneira insuficiente, 27 por cento vivenciavam a segunda ou terceira gestação e com intervalo interpartal menor que um ano em 40,9 por cento, 29 por cento eram fumantes. Contudo, a idade da mãe não se mostrou fator exclusivo, portanto houve influência de fatores psicossociais que se mostraram importantes na preponderância de nascidos vivos de baixo peso e pré-termos.

No estado do Ceará foram analisados dois anos censitários em todos os municípios (178 em 1991 e 184 em 2000). Como o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ceará era deficitário no ano de 1991, as taxas de mortalidade infantil foram estimadas pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (BEZERRA FILHO et al, 2007).

Assim como no restante do país foi observado declínio na mortalidade infantil, de 66,8 para 39,8 por mil habitantes, queda de 40,4 por cento no período. Destas, no ano de 2000, sabe-se que 41 por cento dos óbitos registrados foram neonatais e 59 por cento, pós - neonatal. Estima-se que 90 por cento das mortes poderiam ser evitadas com adequada assistência e acesso ao pré-natal e parto institucionalizado e melhores condições sócio -

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 31/62**

econômicas. O estudo analisou as seguintes variáveis: indicador epidemiológico: taxa de mortalidade infantil;

- Indicadores demográficos: taxa de urbanização, densidade demográfica, fecundidade total, índice de envelhecimento e razão de dependência;
- Indicadores de atenção à saúde, infra-estrutura e recursos humanos nos serviços de saúde: cobertura vacinal, indicadores de amamentação e desnutrição infantil, leitos hospitalares, médicos por habitantes, equipamentos e consultas de pré – natal por habitantes;
- Indicadores sócios econômicos: educação (analfabetismo e anos de estudo) habitação e saneamento (acesso a serviços de saúde, esgoto e coleta de lixo, rede de energia) e renda e produção (recursos financeiros dirigidos ao município e crianças que trabalham) (BEZERRA FILHO et al, 2007).

Observou-se que todos os municípios indistintamente apresentaram taxa de mortalidade infantil maior que 25 por mil nascidos vivos e 35 por cento dos municípios, maior que 50 por mil nascidos vivos. A redução da taxa de mortalidade infantil coincidiu com a melhoria da cobertura vacinal (em 1991 o valor mínimo era de 21 por cento e média de 72,8 por cento e em 2000, valor mínimo de 62 por cento e média de 102,3 por cento), aumento do saneamento básico (de 21 para 40 por cento nos anos respectivos), coleta de lixo aumentou de 38 para 66 por cento e rede de esgoto, de 3 para 14 por cento (BEZERRA FILHO et al, 2007).

A fecundidade acompanhou a tendência nacional com pequena queda (média de 4,5 para 3,3 filhos por mulheres em idade fértil). A pobreza aumentou de 45 para 55 por cento da população. Com relação à educação, o Ceará apresentou uma das maiores taxas de analfabetismo no país, 24 por cento, mas melhorou a proporção de mulheres alfabetizadas (de 60 para 73 por cento). Cidades vizinhas apresentaram similaridades de dados (BEZERRA FILHO et al, 2007).

Giglio et al, (2005) em seu estudo realizado em Goiânia, aponta como fatores de risco para a mortalidade neonatal, prematuridade, presença de malformações congênitas, mãe em idades de vida fértil nos extremos

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 32/62**

reprodutivos, residência em região de baixo nível sócio econômico, baixo número de consultas no pré-natal, parto em hospital público e sexo feminino.

Nascimento et al (2007) verificaram maior coeficiente de mortalidade infantil nos municípios próximos à Via Dutra, na região central do Vale do Paraíba. Esta região é pólo industrial moderno e conta com rede ambulatorial e hospitalar equivalente. Estudar referências demográficas ligadas a determinado evento possibilita conhecer seu comportamento na sociedade, com a percepção daqueles que fazem parte do cenário e convivem com os recursos disponíveis.

Malta et al (2007) abordou a *Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil*. O estudo contou com duas etapas: seleção de literatura referente ao assunto entre os anos de 1975 e 2004 e reflexão em grupo reunido pelo Ministério da Saúde para elaboração de uma lista única. Ela foi dividida em dois grupos etários: menores e maiores de cinco anos e conforme a perspectiva da atenção à saúde necessária para evitar a morte (Figura 1).

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza


 Iracema Gardia

Trabalho 1526 - 33/62

**Figura 1:** Resumo da Lista de Causas Evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil para menores de cinco anos de idade.

<b>Lista de causas de mortes evitáveis em menores de cinco anos de idade</b>
<p><b>1. Reduzíveis por Ações de Imunoprevenção:</b> tuberculose, tétano neonatal, difteria, coqueluche, poliomielite aguda, sarampo, rubéola, hepatite B, caxumba, meningite por <i>Haemophilus</i>, rubéola congênita e hepatite viral congênita;</p>
<p><b>2. Reduzíveis por Adequada Atenção à Mulher na Gestação:</b> sífilis congênita, doenças causadas pelo HIV, afecções ou complicações maternas que afetam o feto ou o recém-nascido (P01)<sup>1</sup>, isoimunização Rh e ABO e doenças hemolíticas do feto ou recém nascido, transtorno relacionado à gestação de curta duração e baixo peso (P07)</p>
<p><b>3. Reduzíveis por Adequada Atenção à Mulher no Parto:</b> complicações e traumatismos do trabalho de parto e parto, transtornos relacionados à gestação prolongada e peso elevado ao nascer, hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer (P21), aspiração neonatal (P24).</p>
<p><b>4. Reduzíveis por Adequada Atenção ao Recém Nascido:</b> hemorragias, icterícia, transtornos respiratórios (P23) e cardiovasculares específicos do período perinatal (P28), infecções, transtornos endócrinos, metabólicos e gastrointestinais, desconforto respiratório do recém nascido (P22), Outras afecções originadas no período perinatal (P96).</p>
<p><b>5. Reduzíveis por Ações Adequadas de Diagnóstico e Tratamento:</b> meningite, infecções das vias aéreas superiores, pneumonia (J18), anemias nutricionais, hipotireoidismo congênito, diabetes, desidratação, distúrbios metabólicos (fenilcetonúria e deficiência congênita de lactase), desidratação, epilepsia, síndrome de Down, infecção do trato urinário, outras septicemias (A41)</p>
<p><b>6. Reduzíveis por Ações Adequadas de Promoção à Saúde, vinculadas à Ações Integradas de Atenção à Saúde:</b> doenças infecciosas intestinais (A09), raiva, helmintoses, deficiências nutricionais (E46), acidentes de transportes, envenenamento acidental por exposição à substâncias nocivas, quedas acidentais, exposição ao fogo, ao fumo e às chamas, afogamento, exposição à corrente elétrica, à radiação e as temperaturas e pressões extremas de ambiente, agressões.</p>

<sup>1</sup> Os dados registrados na cor rosa estão presentes nas duas listas que foram confrontadas.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza

Iracema Gardã


**Trabalho 1526 - 34/62**

Fonte: Malta et al, 2007.

Em 1998 a Secretaria de Estado da Saúde, baseado em dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) cita as 20 principais causas de morte em crianças menores de um ano (Figura 2).

**Figura 2:** Vinte principais causas de Morte em menores de um ano no Estado de São Paulo em 1998.

<b>Causa em conformidade com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde décima revisão</b>
1. Desconforto (angústia) respiratório do recém nascido (P22) <sup>2</sup>
2. Outras afecções respiratórias originadas no período perinatal (P28)
3. Pneumonia por microorganismo não especificado (J18)
4. Septicemia bacteriana do recém nascido
5. Asfixia ao nascer (P21)
6. Outras malformações congênitas do coração
7. Pneumonia congênita (P23)
8. Transtorno relacionado a gestação de curta duração e baixo peso (P07)
9. Síndrome de aspiração neonatal (P24).
10. Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09)
11. Outras septicemias (A41)
12. Outras malformações congênitas
13. Feto e recém nascido afetados por complicações maternas da gravidez (P01)
14. Outras afecções originadas no período perinatal (P96)
15. Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade (R99)
16. Transtornos cardiovasculares originados no período perinatal
17. Desnutrição protéica calórica não especificada (E46)
18. Feto e recém nascido afetados por complicações da placenta
19. Malformações congênitas do pulmão
20. Anencefalia e malformações similares

Fonte SEADE, 1998.

<sup>2</sup> Os dados registrados na cor rosa estão presentes nas duas listas que foram confrontadas.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã



## Trabalho 1526 - 35/62

Ao confrontar as duas listas percebe-se que há causas de morte em comum. Das vinte causas descritas no Estado de São Paulo, doze são consideradas evitáveis. Isso já é ponto de partida para reflexões a cerca da assistência prestada. É necessário refinar a comparação e questionar o nível de atenção que merece esforço e recurso para minimizar os coeficientes de mortalidade infantil no estado. Deve-se atentar para o fato de que as causas mal definidas figuram entre as 15 primeiras e isso pode ser reflexo de preenchimento inadequado de declaração de óbito ou dificuldade de definir a causa principal do óbito.

Foram consideradas causas de morte mal definidas classificados entre R00 e R99, com exceção de R95. As demais causas foram consideradas não evitáveis (MALTA et al, 2007).

Entende-se que o óbito evitável serve como evento-sentinela e constitui instrumento recomendável de vigilância à saúde e foi proposto e descrito como “definidores de situações evitáveis, indicando que a qualidade da atenção deva ser melhorada, assim como, determina que a investigação do ocorrido deva ser seguida de intervenções sobre possíveis setores sócio-econômicos ambientais, culturais ou genéticos que possam ser determinantes da situação encontrada” (MALTA et al, 2007).

Este estudo representou um avanço importante na elaboração de mecanismos para apoiar equipes de saúde e Comitês de Mortalidade Infantil e permitir estudos regionais mais específicos. Entretanto, há que se aprofundar no assunto e explorar os dados coletados para descrever as causas evitáveis segundo o grau de evitabilidade, complexidade da atenção à saúde necessária para evitá-las, identificação do evento evitável segundo outros fatores de risco além da causa da morte principal e criação de instrumentos que possam servir para avaliação da atenção à saúde (MALTA et al, 2007).

Outros fatores de risco como influência de cafeína no baixo peso ao nascer foi desconsiderado, pois em estudo realizado por Bicalho, Barros Filho, (2002), não foi demonstrada relação entre essas duas variáveis.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Guardiã

Trabalho 1526 - 36/62

#### 4.5. “PANORAMA DA MORTALIDADE INFANTIL NO ESTADO DE SÃO PAULO E NA REGIÃO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA”

Segundo a Fundação SEADE, que analisou a taxa de mortalidade infantil entre 2000 e 2006 no Estado de São Paulo em série histórica, houve queda da mortalidade de 17 para 13,5 por mil nascidos vivos. A figura 3, abaixo, mostra a redução ao longo dos anos:

**Figura 3:** Série histórica de registro da Mortalidade Infantil no Estado de São Paulo.

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
17,0	16,1	15,0	14,8	14,3	13,5	13,3

Fonte SEADE, 2006.

Como já descrito, houve redução durante os anos estudados, mas essa redução tem-se apresentado em ritmo mais lento. Possivelmente porque precisamos reduzir o coeficiente da mortalidade que envolve mais que desenvolvimento sócio-econômico e que se representa de maneira mais complicada: a mortalidade neonatal (SEADE, 2006).

Este componente da mortalidade infantil, como estudado, exige recursos humanos capacitados e ágeis e também equipamentos modernos e complexos. Muito da redução da mortalidade deve-se a melhoria no acesso ao pré-natal de qualidade e em tempo hábil e também da qualificação dos recursos básicos, como coleta de lixo e rede de água e esgoto (SEADE, 2006). A região de Mogi Guaçu, representada na época pela DIR XX (hoje, DRS XIV) apresenta-se no seguinte panorama:

**Figura 4:** Série histórica de registro da Mortalidade Infantil na Região de São João da Boa Vista, Estado de São Paulo.

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
16,1	17,0	16,6	15,8	14,9	15,4	9,3

Fonte SEADE, 2006.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

**Trabalho 1526 - 37/62**

A região tem mostrado pouca variação de queda da mortalidade infantil. No momento de comparação da série histórica mantém taxas maiores que o Estado de São Paulo (SEADE, 2006).

Sabe-se que alguns municípios de pequeno porte não realizam partos por não contemplarem maternidade ou unidade para cuidados intensivos. Observa-se, pela comparação entre os municípios, que Mogi Guaçu realiza cerca de 17 por cento dos partos da região, maior percentual. No total, a DIR registra 10091 nascimentos no ano de 2005 e 155 óbitos em menores de um ano (SEADE, 2006).

**4.6. “MOGI GUAÇU – CENÁRIO”**

O início da cidade aconteceu com a chegada dos Bandeirantes, que viajavam rumo ao oeste mineiro e a Goiás, em busca do ouro. Antes destes, habitavam a região, indígena que chamavam o local de “Rio Grande das Cobras”. Foi criado um vilarejo às margens do Rio que se baseava na economia cafeeira e assim como muitas cidades da região desenvolveram-se com a instalação da malha ferroviária da Companhia Mogiana de Estradas de Ferro em 1875. Em 9 de abril de 1877 a Freguesia de Nossa Senhora da Conceição do Campo tornou-se Mogi Guaçu. Passou a ser Comarca somente em 30/12/1966. Depois, Mogi Guaçu chegou a ser conhecida como a Capital Cerâmica (MOGI GUAÇU, 2008).

Hoje, o município abriga empresas do ramo de papel e celulose, de alimentação, de metalurgia e de cosméticos, entre outras espalhadas nos cinco distritos industriais (em implantação um DI em Martinho Prado). O município destaca-se também pela produção de tomate ‘de mesa ou estaqueado’, cultivado no primeiro semestre (ocupa o 2º lugar na produção do Estado) e de laranja (maior com relação à média do Estado). Em 2007 Mogi Guaçu comemorou 130 anos de emancipação político-administrativa (MOGI GUAÇU, 2008).

Mogi Guaçu apresenta-se numa extensão de 885,00 km<sup>2</sup>, sendo 43,48 km<sup>2</sup> na área urbana, 839,85 km<sup>2</sup> na área rural, 1,09 km<sup>2</sup> para o distrito Martinho

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 38/62**

Prado, 0,21km da Fazenda Sete Lagoas, 0,26 km de Nova Louzã, 167.956,00 m<sup>2</sup> de áreas verdes e 1.400 há de mata natural. Cinqüenta de duzentos bairros compõem aproximadamente a Zona Urbana e 36, a Zona Rural. Sabe-se que, conforme a Lei Municipal há um déficit de 4000 casas. Contudo não há favelas ou assentamentos (MOGI GUAÇU, 2008).

A infra-estrutura do município é boa: distribuição de água potável em 99 por cento do município, assim como 100 por cento de coleta de lixo e rede elétrica. A coleta e afastamento do esgoto sanitário contemplam 97 por cento da cidade e a pavimentação, 99 por cento. Conta, também, com 17 linhas urbanas de ônibus e 4 linhas para a zona rural (MOGI GUAÇU, 2008).

Na área da Saúde tem-se o seguinte quadro atualmente:

- UTI neonatal;
- 09 UBS (posto de saúde);
- 06 PSF (posto de saúde com programa médico da família);
- 03 Hospitais - Santa Casa (particular/convênio/SUS), São Francisco (convênio e particular) e Hospital Municipal Dr. Tabajara Ramos (público);
- 04 Pronto-Socorros - Santa Casa, São Francisco, Hospital Municipal Tabajara Ramos e Posto de Pronto Atendimento - PPA;
- Centro Municipal de Especialidades Médicas;
- Laboratório Municipal de Análises Clínicas;
- Centro de Atendimento Odontológico ao Estudante – CAOÉ;
- Centro de Atendimento da Mulher – CAM;
- Vigilância Sanitária;
- Vigilância Epidemiológica;
- Centro de Controle de Zoonoses e
- Suceu (MOGI GUAÇU, 2008).

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza

**Trabalho 1526 - 39/62**

É importante ressaltar que o município conta também com estrutura que permite alojamento conjunto na maternidade e incentiva o aleitamento materno a livre demanda e o mais precoce possível desde dezembro de 1998.

A consolidação da UTI Neonatal (inaugurada em 16 de janeiro de 1999) também foi um recurso importante para prestação de assistência integral ao Recém Nascido de risco.

O município conta mais recentemente (desde 2004) com o Programa Acolhe Neném, que firma parceria entre a Santa Casa e os Serviços de Média Complexidade (Centro de Atendimento à Mulher e Centro de Especialidades Médicas) para atendimento prioritário, nas especialidades requeridas, de todos os recém nascidos prematuros ou com complicações protocoladas.

A população de Mogi Guaçu vem crescendo nos últimos anos, conforme tabela abaixo:

**Figura 5:** Estimativa do IBGE para a população de Mogi Guaçu entre os anos de 2000 e 2005. SEADE para o ano de 2006.

<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
124.134	127.001	129.162	131.451	136.258	138.918	142.628

Fonte IBGE 2008 e SEADE 2008.

Sabem-se os recursos humanos e estruturais (equipamentos, hospitais, unidades de saúde) influenciam a qualidade de saúde de uma determinada população. Não há registro oficial disponível que nos permita consultar quais dos recursos acima citados foram implantados nos anos de estudo deste trabalho. Entretanto, como moradores do município, sabemos que em 2000 não havia sido implantados o Centro de Atendimento à Mulher, o Programa de Saúde da Mulher e o Posto de Pronto Atendimento. Em 2006, estes recursos já estavam em funcionamento. Sabemos também que a vacinação contra Rotavírus foi disponibilizada à população em 2006. O início do Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi lento e hoje o agente está completamente incorporado à rotina de trabalho das Unidades de Saúde do Município.

**4.7. “MOGI GUAÇU – COEFICIENTES E TAXAS”**

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã

## Trabalho 1526 - 40/62

A análise dos coeficientes da Mortalidade Infantil exige também que se conheça como é o nascimento no município. Assim sendo segue abaixo o comparativo entre os anos propostos neste estudo (2000 e 2006). Os dados coletados refletem o risco ao nascimento baseado no levantamento bibliográfico já realizado.

Tais dados foram coletados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos do município de Mogi Guaçu em dois anos base (2000 e 2006).

Outra possibilidade de estudo é através de levantamento de prontuários, como foi feito por Mariotoni, Barros Filho (2000), que realizaram estudo retrospectivo em prontuários de vinte e cinco anos na Maternidade de Campinas, sendo um método eficaz para o levantamento de dados relacionados ao nascimento, estes permitem avaliar a evolução e as condições de atendimento, a qualidade dos dados e contextualiza a população atendida. Muitas variáveis podem ser analisadas e servem para embasar intervenções oportunas e implementar políticas públicas de atenção materno-infantil.

Abaixo, seguem-se as tabelas e os gráficos comparativos e seus respectivos comentários:

Tabela 1: Cruzamento de dados (Peso ao nascer e Número de Consultas no Pré –Natal), no ano 2000, no município de Mogi Guaçu.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza


 Iracema Gardia

**Trabalho 1526 - 41/62**

Peso ao Nascer	Número de Consultas no Pré Natal			
	1 a 3	4 a 6	7 e +	Ignorado
1500 a 2400 g	14	38	60	5
2500 a 2900 g	38	120	286	31
3000 a 3900 g	44	256	848	89
Acima de 4000 g	4	21	72	5
Ignorado	1	10	15	4

Fonte SINASC, 2008.

Tabela 2: Cruzamento de dados (Peso ao nascer e Número de Consultas no Pré –Natal) no ano 2006, no município de Mogi Guaçu.

Peso ao Nascer	Número de Consultas no Pré Natal			
	1 a 3	4 a 6	7 e +	Ignorado
1500 a 2400 g	8	44	94	5
2500 a 2900 g	16	56	353	11
3000 a 3900 g	17	147	869	13
Acima de 4000 g	2	6	51	1

Fonte SINASC, 2008.

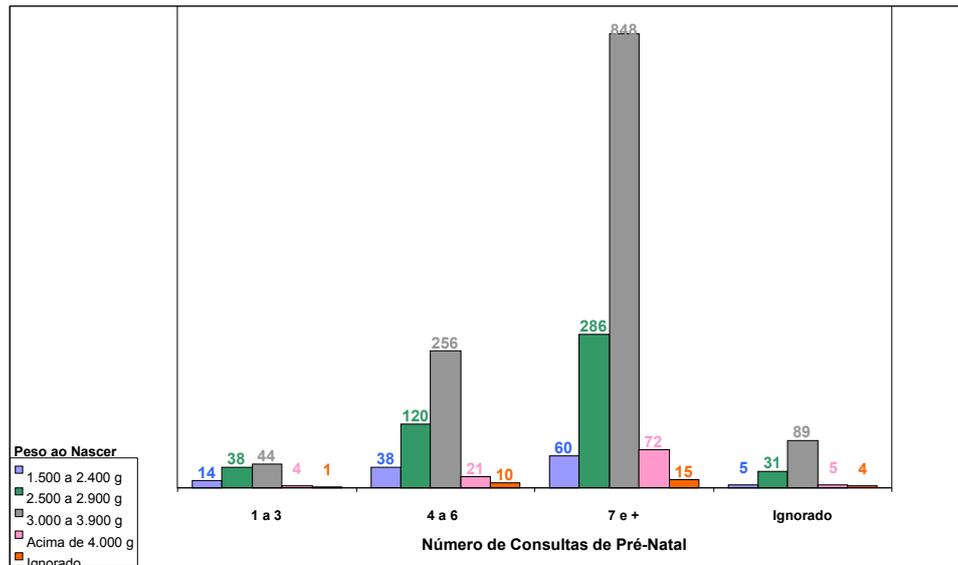
TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



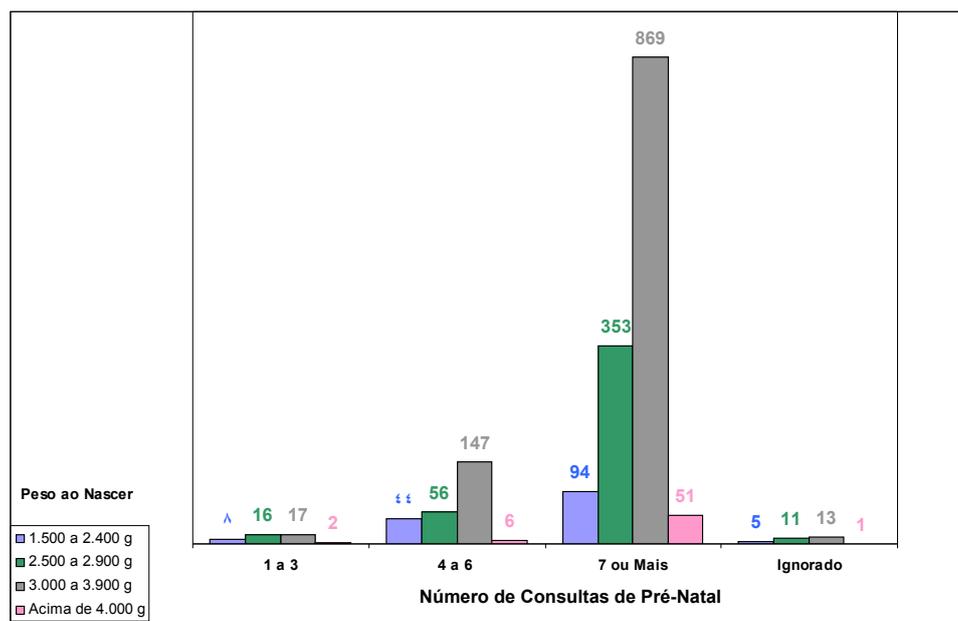
Trabalho 1526 - 42/62

Gráfico 1: Cruzamento de dados (Peso ao Nascer e Número de Consultas no Pré-Natal) no ano de 2000, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC.



Fonte SINASC, 2008.

Gráfico 2: Cruzamento de dados (Peso ao Nascer e Número de Consultas no Pré-Natal) no ano de 2006, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC.



Fonte SINASC, 2008.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 43/62**

Ao analisar as tabelas e os gráficos 1 e 2, conclui-se que:

- O número de consultas de pré-natal sofreu um aumento e conseqüente declínio da baixa adesão às consultas. Isso pode ter acontecido porque neste período houve intensificação da disponibilidade de informação e de recursos que passaram a ser mais próximo de toda população (criação das Unidades de Saúde da Família e do Centro do Atendimento à Mulher);
- Nos anos estudados não houve nascimento de nenhuma criança com peso menor que 100 gramas (o registro no ano de 2006 foi desconsiderado pois não fazia sentido seu nascimento com número de consultas maior ou igual a 7);
- Houve melhoria da qualidade do preenchimento das Declarações de Nascidos Vivos, pois em 2000 o “Peso ao Nascer” deixou de ser descrito em 26 declarações, assim como o “Número de Consultas no Pré-Natal” deixou 134 declarações sem o registro. Em 2006, todas as declarações registraram o “Peso ao Nascer” e o “Número de Consultas no Pré-Natal” não foi informado em 30 declarações;
- Em 2000, 18 gestantes não compareceram a nenhuma consulta de pré-natal em 2006 esse número foi de 16 (a porcentagem, entretanto continuou semelhante: 0,89 por cento e 0,92 por cento, respectivamente);
- Cinco por cento das gestantes realizaram entre 1 e 3 consultas em 2000 e em 2006 esse número caiu para 2,71 por cento;
- A média nacional de recém nascidos de baixo peso é de 10 por cento. Mogi Guaçu registrou em 2000 6,89 por cento e em 2006, 10,23 por cento. Este item apresentou piora que deve ser estudada posteriormente;
- A grande maioria compareceu a 7 ou mais consultas de pré-natal nos dois anos da pesquisa.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza

Iracema Gardã

**Trabalho 1526 - 44/62**

Tabela 3: Cruzamento de dados (Faixa Etária da Mãe e Apgar no 1º Minuto), no ano 2000, no município de Mogi Guaçu.

Apgar no 1º Minuto	Faixa Etária da Mãe				
	Menos de 14 anos	15 a 19 anos	20 a 34 anos	Mais de 35 anos	Ignorado
0 a 3	0	0	3	1	0
4 a 7	0	2	12	2	0
8 a 10	2	56	179	21	4
Não Informado	9	310	1207	172	22

Fonte SINASC, 2008.

Tabela 4: Cruzamento de dados (Faixa Etária da Mãe e Apgar no 1º Minuto), no ano 2006, no município de Mogi Guaçu.

Apgar no 1º Minuto	Faixa Etária da Mãe			
	Menos de 14 anos	15 a 19 anos	20 a 34 anos	Mais de 35 anos
0 a 3	0	8	19	5
4 a 7	0	42	104	14
8 a 10	6	253	1116	154
Não Informado	0	1	6	1

Fonte SINASC, 2008.

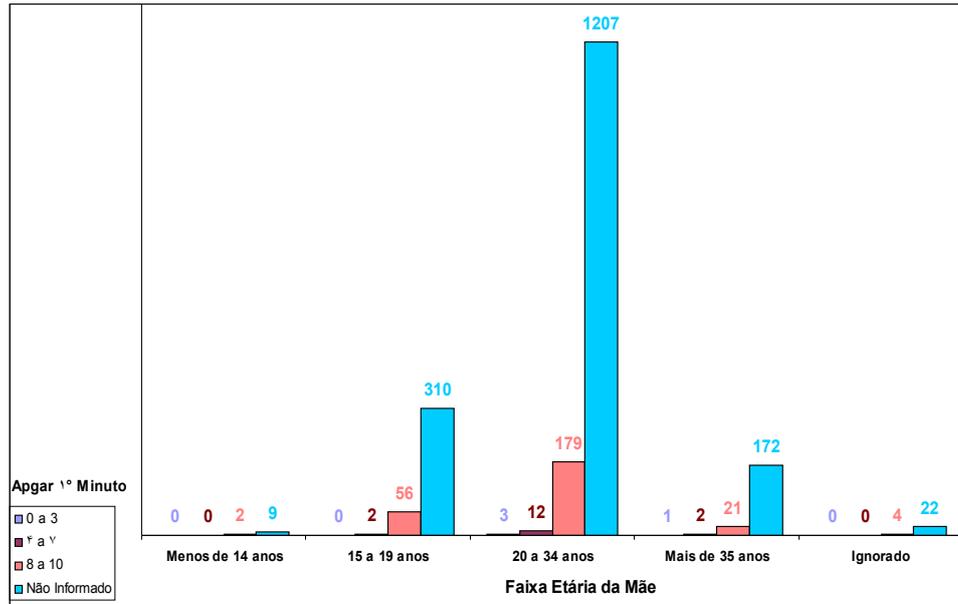
TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Trabalho 1526 - 45/62

Gráfico 3: Cruzamento de dados (Faixa Etária da Mãe e Apgar no 1º Minuto) no ano de 2000, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC.



Fonte SINASC, 2008.

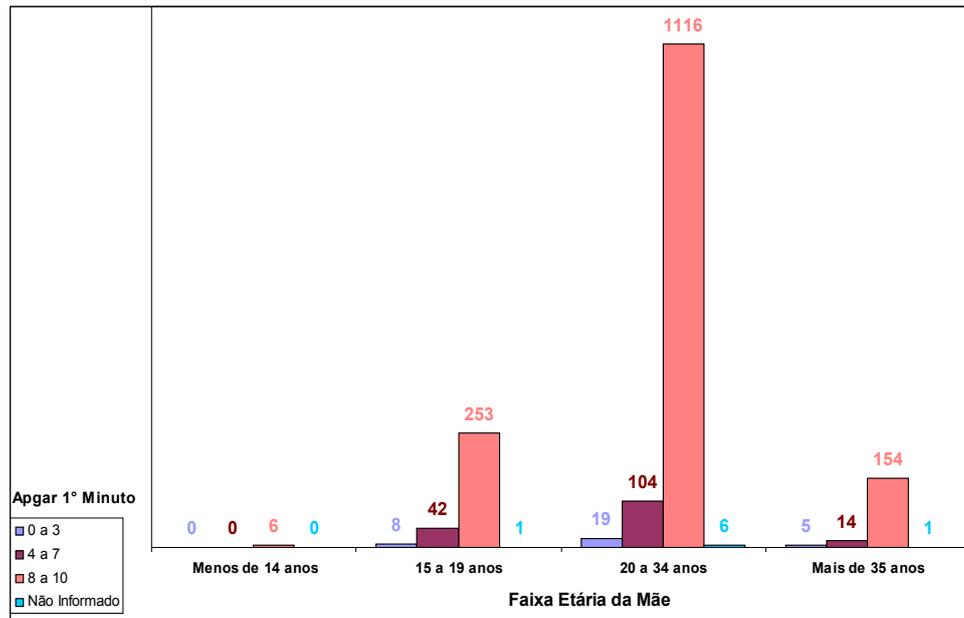
**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza

Iracema Gardã

**Trabalho 1526 - 46/62**

**Gráfico 4:** Cruzamento de dados (Faixa Etária da Mãe e Apgar no 1º Minuto) no ano de 2006, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC.



Fonte SINASC, 2008.

A análise das tabelas e dos gráficos 3 e 4 permite-nos concluir que:

- Nos anos de 2000 e 2006, as mulheres consideradas com idade de risco representavam 28 por cento, mostrando que houve pouca ou nenhuma mudança no perfil desta população;
- O apgar no primeiro minuto não foi informado em 85 por cento das declarações em 2000. Esse número reduziu-se muito em 2006;
- Não há como comparar a melhoria da qualidade dos nascimentos conforme o item apgar no primeiro minuto, pois as informações relativas ao ano 2000 estão muito prejudicadas.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza

Iracema Gardã


**Trabalho 1526 - 47/62**

Tabela 5: Cruzamento de dados (Tipo de Parto e Duração da Gestação), no ano 2000, no município de Mogi Guaçu.

Duração da Gestação	Tipo de Parto		
	Vaginal	Cesário	Ignorado
Menos de 22 semanas	1	0	0
22 - 27 semanas	3	1	0
28 -31 semanas	7	3	0
32 - 36 semanas	51	40	1
37 - 41 semanas	985	851	12
42 ou mais semanas	3	3	0
Ignorado	30	7	4

Fonte SINASC, 2008.

Tabela 6: Cruzamento de dados (Tipo de Parto e Duração da Gestação), no ano 2006, no município de Mogi Guaçu.

Duração da Gestação	Tipo de Parto		
	Vaginal	Cesário	Ignorado
Menos de 22 semanas	0	0	0
22 - 27 semanas	6	1	0
28 -31 semanas	5	9	0
32 - 36 semanas	53	70	2
37 - 41 semanas	702	831	14
42 ou Mais semanas	7	7	0
Ignorado	8	14	0

Fonte SINASC, 2008.

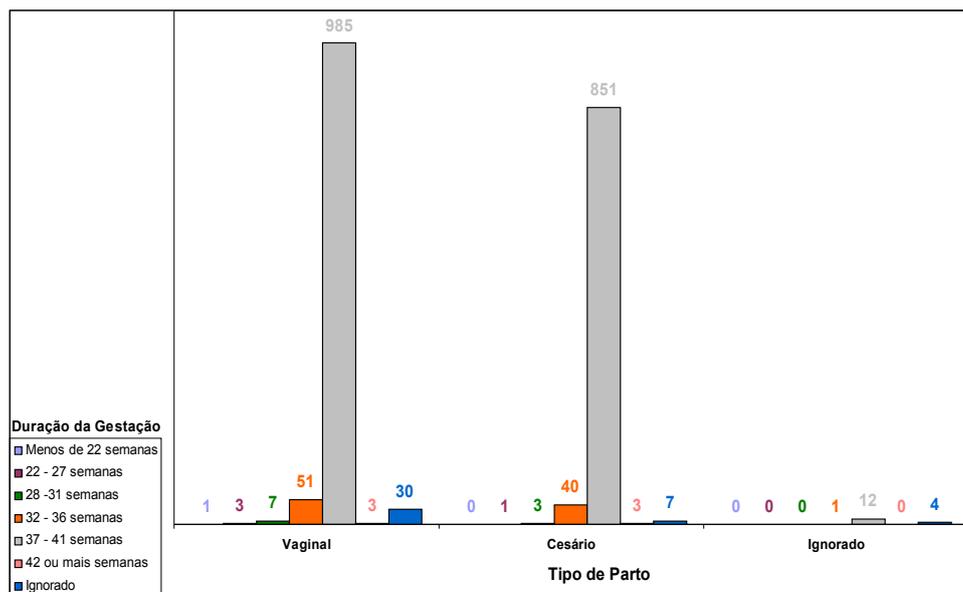
TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



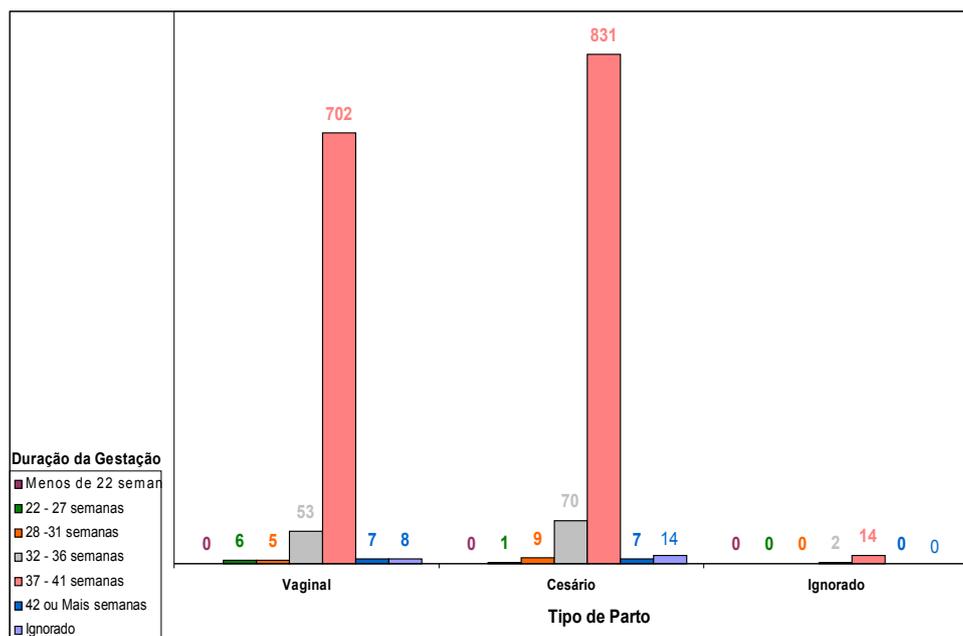
Trabalho 1526 - 48/62

Gráfico 5: Cruzamento de dados (Tipo de Parto e Duração da Gestação) no ano de 2000, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC.



Fonte SINASC, 2008.

Gráfico 6: Cruzamento de dados (Tipo de Parto e Duração da Gestação) no ano de 2006, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC.



Fonte SINASC, 2008.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Iracema Guardiã

**Trabalho 1526 - 49/62**

O cruzamento dos dados de tipo de parto e duração da gestação permite concluir que:

- Em 2000, os partos vaginais representavam 52,4 por cento e os partos cesários, 44,8 por cento. Em 2006 o cenário apresenta-se invertido, com prevalência de parto cesário em 53,90 por cento e 45,17 por cento em parto vaginal.
- O risco de morte materna na cesariana é sete vezes maior do que no parto normal, e o risco de morte neonatal na cesariana é três vezes maior quando comparado ao parto normal (BRASIL, 2003).

Tabela 7: Cruzamento de dados (Escolaridade da Mãe e Apgar no 5º minuto), no ano 2000, no município de Mogi Guaçu.

Apgar no 5º minuto	Escolaridade da Mãe					
	Nenhuma	1 - 3 anos	4 - 7 anos	8 - 11 anos	12 ou mais	Ignorado
8 a 10	4	27	77	77	23	69
Não Informado	17	104	589	671	170	170

Fonte SINASC, 2008.

Tabela 8: Cruzamento de dados (Escolaridade da Mãe e Apgar no 5º minuto), no ano 2006, no município de Mogi Guaçu.

Apgar no 5º minuto	Escolaridade da Mãe					
	Nenhuma	1 - 3 anos	4 - 7 anos	8 - 11 anos	12 ou mais	Ignorado
8 a 10	8	61	420	949	221	24
Não Informado	0	0	2	3	1	1

Fonte SINASC, 2008.

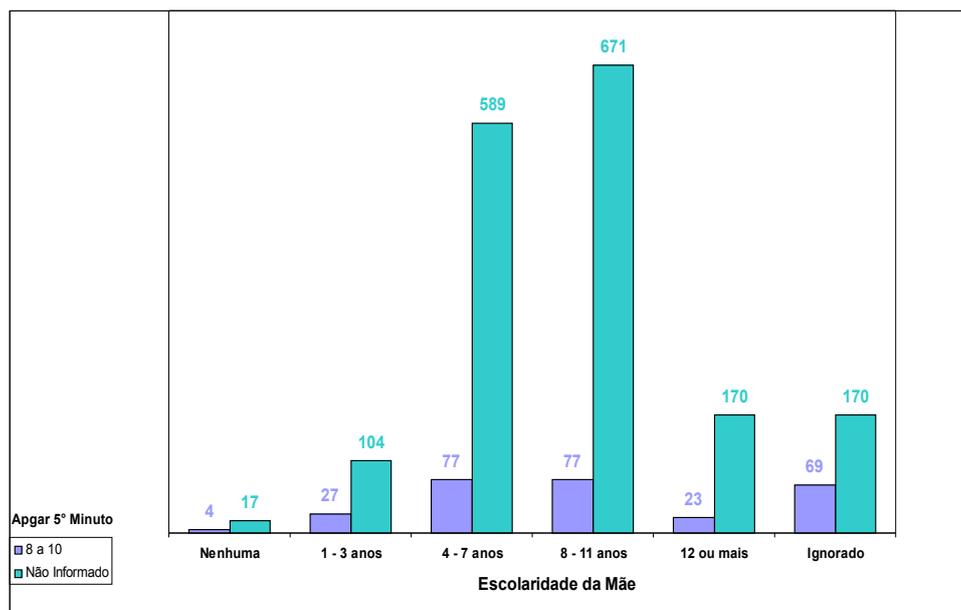
**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza


 Iracema Gardia

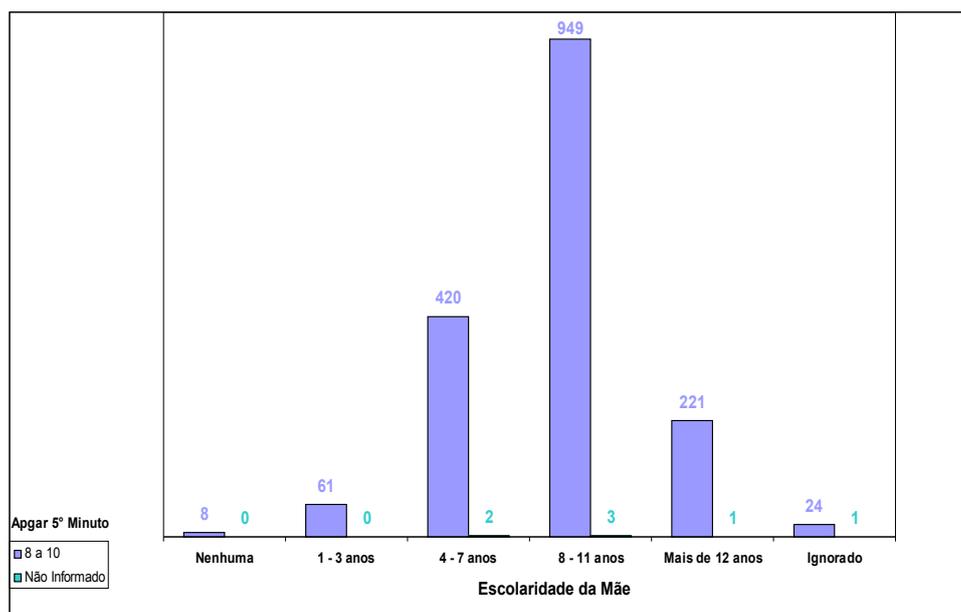
**Trabalho 1526 - 50/62**

**Gráfico 7:** Cruzamento de dados (Escolaridade da Mãe e Apgar no 5º Minuto) no ano de 2000, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC.



Fonte SINASC, 2008.

**Gráfico 8:** Cruzamento de dados (Escolaridade da Mãe e Apgar no 5º Minuto) no ano de 2006, município de Mogi Guaçu, conforme SINASC.



Fonte SINASC, 2008.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã

**Trabalho 1526 - 51/62**

As tabelas e os gráficos 7 e 8 apresentaram a Escolaridade da Mãe e o Apgar no 5º Minuto. Pode-se concluir que:

- 85 por cento das Declarações não registraram o apgar no 5º minuto de vida em 2000. Ao contrário do que pode ser observado no ano comparativo seguinte (2006).
- A escolaridade materna também aumentou entre os anos estudados.

Percebe-se que houve mudanças no perfil da gestante e do recém-nascido entre os anos estudados, mas o mais importante é que os dados registrados nas D.N.V. preenchidas pelos hospitais têm sido mais completos. Sabe-se que a Vigilância Epidemiológica de Mogi Guaçu faz um excelente trabalho neste sentido, buscando aprimorar os dados coletados nas declarações com auxílio das U.B.S. que as recebem periodicamente e podem analisá-las em equipe. Já foi referido anteriormente que os registros incompletos dos dados geram análises inconclusivas e atrasam decisões importantes para o planejamento de ações oportunas.

Neste sentido cabe-nos investigar agora os óbitos infantis. Abaixo são descritas duas tabelas que contemplam o registro das D.O. nos anos respectivos (2000 e 2006):

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza

Iracema Gardã


**Trabalho 1526 - 52/62**
**Tabela 9:** Frequência de Mortalidade Infantil no Município de Mogi Guaçu, segundo faixa etária e causa da morte (CID 10) no ano de 2000.

Causa (CID 10)	< 1 dia	1-6 dias	7-27 dias	28dias-<1ano	TOTAL
A09 <sup>3</sup> - Diarréia e Gastroenterite origem infecciosa presumida	0	1	0	1	2
E46 - Desnutrição Protéica calórica não especificada	0	0	0	1	1
G80 - Paralisia Cerebral Infantil	0	0	1	0	1
J96 - Insuficiência Respiratória	2	0	0	0	2
N19 - Insuficiência Renal não espec	0	0	1	0	1
P02 - Feto RN afetado por complicações placentárias cordão umbilical membranas	0	1	0	0	1
P07 - Transtorno relacionado a gestação de curta duração peso baixo ao nascer	0	1	0	0	1
P20 – Hipóxia intra - uterina	1	0	0	0	1
P22 - Desconforto respiratório do RN	1	2	2	0	5
P24 - Síndrome de aspiração neonatal	1	0	0	0	1
P36 - Septicemia bacteriana do RN	0	1	0	0	1
P60 - Coagulação intravascular disseminada feto RN	0	1	0	0	1
Q89 - Outra malformação congênita	1	0	0	0	1
Q90 - Síndrome de Down	0	0	0	1	1
Q99 - Outras anomalias dos cromossomos	0	0	0	1	1
R98 - morte sem assistência médica	0	1	0	0	1
R99 - Outras causas mal definidas e não esp	0	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>23</b>

Fonte SINASC 2008.

<sup>3</sup> Os dados registrados na cor rosa representam causas de morte evitáveis conforme o artigo “Lista de Causas Evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil para menores de cinco anos de idade”

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza

Iracema Gardã

**Trabalho 1526 - 53/62**
**Tabela 10:** Frequência de Mortalidade Infantil no Município de Mogi Guaçu, segundo faixa etária e causa da morte (CID 10) no ano de 2006.

Causa (CID 10)	< 1 dia	1-6 dias	7-27 dias	28dias-<1ano	TOTAL
A41 – Outras septicemias	0	0	0	2	2
P01 – Feto/ RN afetado por complicações maternas gravidez	1	0	0	0	1
P21 - Asfixia ao nascer	0	0	1	0	1
P27 - Doenças respiratórias crônicas originadas no período perinatal	0	0	2	0	2
P28 - Outras afecções respiratórias originadas no período perinatal	0	1	0	0	1
P39 - Outras infecções específicas do período perinatal	1	0	0	0	1
P07 <sup>4</sup> - Transtornos relacionados gestação curta duração peso baixo ao nascer	0	1	0	0	1
Q24 - Outras malformações congênitas do coração	0	0	0	2	2
P22 - Desconforto respiratório do RN	1	0	1	1	3
Q33 - Malformações congênitas do pulmão	0	1	0	0	1
P36 - Septicemia bacteriana do RN	0	1	0	0	1
Q87 - Outras síndromes com malformação congênita que acometem múltiplos sistemas	0	0	0	1	1
Q99 - Outras anomalias dos cromossomos	0	0	2	0	2
R98 - morte sem assistência médica	0	0	0	1	1
R99 - Outras causas mal definidas e não especificadas	0	1	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>21</b>

Fonte SINASC 2008.

<sup>4</sup> Os dados registrados na cor rosa representam causas de morte evitáveis conforme o artigo “Lista de Causas Evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil para menores de cinco anos de idade”

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã

Trabalho 1526 - 54/62

#### 4.1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exploração de dados acerca da mortalidade infantil na cidade de Mogi Guaçu e a análise dos fatores apontados como relacionados nos faz entender que ações de inclusão social, são importantes para estimular a apropriação de cuidados pela população. Por isso, devemos dar atenção especial a:

- qualificação e fortalecimento do controle social;
- articulação entre os serviços disponíveis;
- disponibilização e orientação oportuna sobre planejamento familiar;
- repasse de recursos financeiros à estados e municípios;
- capacitação de recursos humanos;
- ampliação do acesso a serviços qualificados e humanizados;
- divulgação de boas práticas de saúde pública;
- promoção de atenção às mulheres e adolescentes em situação de risco e de violência doméstica e sexual;
- implantação de atividades específicas a cada fase da vida da mulher, respeitando suas particularidades sociais, psicológicas, de gênero e biológicas;
- disponibilização de serviço pré-hospitalar equipado e serviço de regulação e remoção de usuárias.

Estes itens supra citados estão presentes na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e refletem diretrizes para a implementação de ações nos estados e municípios, e que exigem compromisso político. (Brasil, 2004-c).

No Brasil, ainda hoje, apesar da mobilização de Organizações Nacionais e Internacionais para reduzir a mortalidade infantil, percebem-se poucas intervenções localizadas. Talvez seja necessária maior vontade política e mobilização social. Organizar os serviços e educar a população para priorizar o

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

**Trabalho 1526 - 55/62**

atendimento ante natal, planejamento familiar, pré-natal e pós natal oportunos (GUINSBURG, 2005).

O cenário apresentado neste trabalho mostra melhoria do coeficiente de mortalidade infantil no Município de Mogi Guaçu. Isso provavelmente se deve ao fato de acessibilidade aos serviços de saúde ter sido aumentada neste período, com conseqüente aproximação e envolvimento de diversos profissionais, cobertura de agentes comunitários de saúde, divulgação dos serviços e sua importância, sensibilização e incentivo ao aleitamento materno, maior cobertura e disponibilidade de imunobiológicos, entre outros.

Entretanto, não desmerecendo as conquistas, faz-se necessário uma crítica mais aprofundada deste indicador tão essencial para a determinação da saúde de uma população.

Vidal et AL, 2008, relatam que entre as maiores dificuldades encontradas pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil estão a resistência dos médicos em apresentar os documentos e prontuários de gestantes, parturientes, puérperas e crianças dos serviços financiados por planos e seguro saúde, e a falta de informações das anotações nos prontuários.

Em Mogi Guaçu o registro dos dados está melhor, mas ainda não o suficiente para uma análise criteriosa e aprofundada. Acredita-se que é preciso maior divulgação dos resultados e sensibilização da equipe de saúde para a importância do correto preenchimento dos "papéis". Baixa qualidade das informações, causas de óbito mal definidas e campos mal preenchidos comprometem a digitação de dados e a alimentação dos sistemas.

Mathias et al, 2003, relatam a importância do trabalho realizado em Pernambuco, onde todas as D.O. passam por revisão sistemática tendo o prontuário médico como padrão-ouro, o que tem reduzido a quase zero a chance de óbito com causa básica mal definida.

A equipe de saúde exerce papel muito importante na defesa da vida. Somos os responsáveis pelo atendimento clínico e psicológico das gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos. Assim sendo, é importante muitas vezes despir-se de pré-conceitos e nos abrir para escutar e entender nosso usuário. Deixar de lado pré-concepções é um grande desafio à equipe

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 56/62**

multidisciplinar que atende ao binômio mãe-filho, principalmente porque certos comportamentos têm raízes culturais profundas que desafiam nosso entendimento e demandam muita energia para serem aparadas. A rotina de auto-cuidados dos profissionais de saúde tem embasamento teórico e científico e por vezes é difícil compreender que outras pessoas não adotem comportamentos “saudáveis” como, por exemplo, os cuidados com alimentação, higiene íntima. Somos produtos do meio em que vivemos e devemos nos esforçar para orientar os usuários na apropriação dos cuidados pessoais. Mogi Guaçu vive um momento, em que é preciso a mobilização de todos profissionais envolvidos no assunto. A redução da mortalidade infantil é um desafio, há declínio lento das taxas, mas a experiência mostra que a redução do coeficiente de mortalidade neonatal requer atendimento complexo e para isso precisamos de profissionais comprometidos e preparados, além de equipamentos condizentes com o risco apresentado pelo recém-nascido. Mortes precoces e evitáveis devem instigar os profissionais, a procurar desenvolver ações promotoras da saúde e de prevenção e redução de riscos e imprevistos. É importante a ampla divulgação de dados, a participação da equipe de saúde e da sociedade, no planejamento das ações para sensibilizá-los do problema. Só assim se sentirão agentes de mudança.

Sabe-se que a capacitação adequada dos profissionais pode reduzir em cerca de 45 por cento os óbitos neonatais por asfixia, estimativa que deve ser considerada nos planejamentos municipais, estaduais e federais. Preconizar e protocolar os atendimentos podem ser as ações que interferirão de maneira positiva nos próximos anos para reduzir o componente neonatal da mortalidade infantil (GUINSBURG, ALMEIDA, 2008).

Por último, devem ser realizadas discussões que estudem a mortalidade e ramifiquem suas causas e conseqüências. Talvez, a gestação em momento inoportuno, esteja influenciando mais do que se possa medir com os dados apresentados neste trabalho, ou talvez as portas de acesso não estejam tão abertas para o início precoce do pré-natal. A participação da sociedade vem de encontro com esse aspecto, pois pode levantar outros pontos de discussão como, por exemplo, aqueles ligados ao emprego e ao empregador.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã

**Trabalho 1526 - 57/62**

Reconhecer nossas limitações é o primeiro passo para saber quais são nossos objetivos. Só assim poderemos traçar metas e trabalhar para reduzir a mortalidade infantil.

Para que todas essas realizações aconteçam precisamos contar com investimento maciço e por longo prazo para desencadearmos oportunidades sócio-econômicas que viabilizem melhor distribuição de renda e redução de níveis inaceitáveis de pobreza, onde prevalecem altos níveis de mortalidade infantil. Assim, seria possível que a educação em saúde democratizasse o acesso a métodos contraceptivos e reduzisse a gestação não planejada, principalmente nos extremos reprodutivos da vida fértil da mulher, em especial, na adolescência. Deveríamos, também, disponibilizar treinamentos aos profissionais, para que estejam preparados, para diagnosticar e tratar as doenças maternas, efetivar a vacinação antitetânica, argumentar sobre os malefícios do fumo e ingestão alcoólica durante a gravidez e os benefícios do parto normal (GUINSBURG, 2005).

Apesar do presente estudo tratar exclusivamente da mortalidade infantil, cabe-se salientar que a mortalidade materna e o óbito fetal intra-útero, são dois componentes da mortalidade que também são decorrentes da qualidade no atendimento.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Trabalho 1526 - 58/62

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACKES, C. E.; MALLMANN, F. G.; DASSI, T.; BAZZO, M. L.; SANTOS-SILVA, M. C. Triagem neonatal como um problema de saúde pública. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**: São José do Rio Preto, v 27, n 1, 2005.

BEZERRA FILHO, J. G.; PONTES, L. R.; MINA, D.L.; BARRETO, M. L. Mortalidade infantil e condições sócio demográficas no Ceará, em 1991 e 2000. **Revista de Saúde Pública**: 41 (6): 1023-31, 2007.

BICALHO, G. G.; BARROS FILHO, A. A. Peso ao nascer e influência do consumo de cafeína. **Revista de Saúde Pública**: São Paulo, Volume 32, Número 2, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica da Saúde da Mulher. Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. 2ª ed., 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 119 p., 2002.

BRASIL. Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília (DF): MS/SAS/SVE. 2004-a.

BRASIL. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil/ Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004-b.

BRASIL. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004-c.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

## Trabalho 1526 - 59/62

BRASIL. Painel de indicadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Brasília. Ano 1 nº 1. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. LEI ORGÂNICA DA SAÚDE. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em **URL: <http://www.saude.gov.br>**, acessado dia 14/04/2008.

CARVALHO, A. B. R.; BRITO, A. S. J.; MATSUO, T. Assistência à saúde e mortalidade de recém nascidos de muito baixo peso. **Revista de Saúde Pública: 41(6): 1003-12, 2007.**

DUARTE, C.M.R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências de mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Caderno Saúde Pública: Rio de Janeiro, vol 23; nº 7, 2007.**

GIGLIO, Margareth Rocha Peixoto et al . Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia-Brasil no ano de 2000. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria: Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, 2005.**

GUINSBURG, Ruth. Redução da mortalidade neonatal: um desafio atual na agenda de saúde global e nacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria: Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, 2005.**

GUINSBURG, R.; ALMEIDA, M.F.B. Tragédia Desnecessária. **Revista Ser Médico: São Paulo: v.44, ano XI, 2008.**

IBGE. Fundação Instituto Brasileira de Geografia e Estatística. Disponível em **URL: <http://www.ibge.gov.br>**, acessado dia 24/03/2008.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 60/62**

MALTA, D.C.; DUARTE, E.C.; ALMEIDA, M.F.; DIAS, M. A. S.; MORAES NETO, O. L.; MOURA, L. et al. Lista de Causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**: Brasília, vol. 16, n°4, 233 – 44, 2007.

MANSANO, N.H; MAZZA, V.A.; SOARES, V.M.N.; ARALDI, M. A. R.; CABRAL, V. L. M. Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná. Brasil: implementação e operacionalização. **Caderno de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, vol. 20, n°, 2004.

MARIOTONI, G.G. B; BARROS FILHO, A.A. Nascer em Campinas: Análise de Dados do Sinasc, 1995. **Revista Paulista de Pediatria**: São Paulo, Volume 15, Número 01, 1997.

MARIOTONI, G.G. B; BARROS FILHO, A.A. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? **Jornal de Pediatria**: Rio de Janeiro, Vol. 74, N° 2, 1998.

MARIOTONI, G.G. B; BARROS FILHO, A.A. Peso ao nascer e características maternas ao longo de 25 anos na Maternidade de Campinas. **Jornal de Pediatria**: Rio de Janeiro, Vol. 76, N° 1, 2000.

MATHIAS, T.A.F; ASSUNÇÃO, A.N; SILVA, G.F. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem USP**: São Paulo, volume 42, Número 3, 2008.

MOGI GUAÇU. Disponível em **URL: <http://www.mogiguacu.sp.gov.br>**, acessado dia 17/04/2008.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1526 - 61/62**

NASCIMENTO, L.F.C.; BATISTA, G.T.; DIAS, N.W.; CASTELANI, C. S.; BECKER, L. R. Análise espacial da mortalidade neonatal no Vale do Paraíba, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública:** 41 (1): 94 – 100, 2007.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

PINTO, A.L, de T; WINDT, M.C.V. dos S; CÉSPEDES, L. et al. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** São Paulo: Saraiva, 14ª ed., 2005.

SCHOEPS, D.; ALMEIDA, M.F.; ALENCAR, G.P.; FRANÇA JR, I.; NOVAES, H.M.D.; SIQUEIRA, A.A.F.; et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Revista de Saúde Pública:** 41 (6): 1013-22, 2007.

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Taxa de Mortalidade Infantil. Municípios Paulistas, 2005.

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Taxa de Mortalidade Infantil. São Paulo, 2006.

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. SP Demográfico. Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo: Ano 8, N° 2, 2007.

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Perfil Municipal, 2008.

SILVA, Amauri Pinto da; SOUZA, Nelson de. Prevalência do aleitamento materno. **Revista de Nutrição:** Campinas, v. 18, n. 3, 2005.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Guardiã



Trabalho 1526 - 62/62

SIM. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Dados da direção Regional de Saúde, São João da Boa Vista, São Paulo, 2008.

SINASC. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. Dados da direção Regional de Saúde, São João da Boa Vista, São Paulo, 2008.

VICTORA, C.G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**: São Paulo, 4:3-69, 2001.

VIDAL, S.A; FRIAS, P.G; BARRETO, F.M.P; VANDERLEI, L.C.M; FELISBERTO, E. Óbitos infantis evitáveis em hospital de referência estadual do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**: Recife, Volume 3, Número 3, 2003.