



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Porte Santana, Isadora; dos Santos, Jamille Moura; da Costa, Josane Rosenilda; Rosseto de Oliveira, Rosana; Freire Orlandi, Márcia Helena; de Freitas Mathias, Thais Aidar
Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 24, núm. 4, 2011, pp. 556-562

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023874017>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito*

Aspects of infant mortality, according to an investigation of death

Aspectos de la mortalidad infantil, conforme informaciones de la investigación del óbito

Isadora Porte Santana¹, Jamille Moura dos Santos¹, Josane Rosenilda da Costa², Rosana Rosseto de Oliveira², Márcia Helena Freire Orlandi³, Thais Aidar de Freitas Mathias⁴

RESUMO

Objetivo: Analisar algumas características da mortalidade infantil de residentes na área da 15º Regional de Saúde do Paraná, de 2005 a 2008.

Métodos: Estudo descritivo exploratório que abrangem 397 óbitos investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil, utilizando os dados das fichas de investigação. **Resultados:** Para 82,3% das famílias, a renda mensal foi de até três salários mínimos; 65,1% das mães realizaram o pré-natal em rede pública; 83,4% dos partos foram financiados pelo Sistema Único de Saúde e 59,2% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. Das mães, 68,5% tiveram complicações durante a gestação, 18,2% tiveram trabalho de parto prematuro; 18,2% infecção urinária e 16,5% hipertensão arterial. **Conclusão:** A baixa renda, a utilização do serviço público para o pré-natal e parto evidenciam que as instituições públicas, as equipes de saúde e o enfermeiro devem aprimorar o atendimento à gestante, com atribuição do risco gestacional, para contribuir com a continuidade da redução da mortalidade infantil.

Descriptores: Mortalidade infantil; Avaliação de programas e projetos de saúde; Comitê de profissionais; Vigilância epidemiológica; Enfermagem em saúde pública

ABSTRACT

Objective: To analyze some characteristics of infant mortality of residents in the area of the 15th Health Region of Paraná, from 2005 to 2008. **Methods:** A descriptive exploratory study covering 397 deaths investigated by the Committee for the Prevention of Infant Mortality, using data from the research data sheets. **Results:** In 82.3% of families, monthly income was up to three times the minimum wage; 65.1% of the mothers received prenatal care through the public network; 83.4% of births were financed by the National Health System; and, 59.2% of women began prenatal care in the first trimester. Of the mothers, 68.5% had complications during pregnancy: 18.2% had preterm labor; 18.2% had a urinary tract infection, and 16.5% had arterial hypertension. **Conclusion:** Low income, the use of public services for prenatal care and childbirth shows that public institutions, public health workers and nurses are improving the care of pregnant women with attributes of gestational risk, and contribute to the continued reduction of infant mortality.

Keywords: Infant mortality; Program evaluation; Professional staff committees; Epidemiologic surveillance; Public health nursing

RESUMEN

Objetivo: Analizar algunas características de la mortalidad infantil de residentes en el área de la 15º Región de Salud de Paraná, del 2005 al 2008. **Métodos:** Estudio descriptivo exploratorio que abarcan 397 óbitos investigados por el Comité de Prevención de la Mortalidad Infantil, utilizando los datos de las fichas de investigación. **Resultados:** Para el 82,3% de las familias, el ingreso mensual fue de hasta tres salarios mínimos; el 65,1% de las madres realizaron el prenatal en una red pública; el 83,4% de los partos fueron financiados por el Sistema Único de Salud y el 59,2% de las mujeres iniciaron el prenatal en el primer trimestre. De las madres, el 68,5% tuvieron complicaciones durante la gestación, el 18,2% tuvieron trabajo de parto prematuro; el 18,2% infección urinaria y el 16,5% hipertensión arterial. **Conclusión:** El bajo ingreso, la utilización del servicio público para el prenatal y parto evidencian que las instituciones públicas, los equipos de salud y el enfermero deben perfeccionar la atención a la gestante, con atribución del riesgo gestacional, a fin de contribuir con la continuidad de la reducción de la mortalidad infantil.

Descriptores: Mortalidad infantil; Evaluación de programas y proyectos de salud; Comité de profesionales; Vigilancia epidemiológica; Enfermería en salud pública

* Trabalho realizado na 15º Regional de Saúde do Estado do Paraná - Maringá (PR), Brasil.

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá – UEM – Maringá (PR), Brasil.

² Pós-graduanda (Mestrado) em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá– UEM – Maringá (PR), Brasil.

³ Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR - Curitiba (PR), Brasil.

⁴ Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá – UEM – Maringá (PR), Brasil.

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é determinada por um conjunto de fatores biológicos, socioeconômicos, além da disponibilidade e qualidade da atenção à saúde perinatal bem como pela facilidade de acesso e a qualidade dos serviços prestados⁽¹⁾.

No Brasil, o coeficiente de mortalidade infantil vem declinando desde o final da década de 1980, graças às intervenções ambientais, melhoria de acesso e qualidade dos serviços de saúde, diminuição da taxa de fecundidade, nível educacional mais elevado, melhoria nutricional, fatores quando associados vem contribuindo para sua redução. Por este fato, a mortalidade infantil constitui um indicador sensível da qualidade de vida⁽²⁾ e um marcador de desigualdades nas condições de vida da população⁽³⁾. Apesar do declínio, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em razão da existência de desigualdades regionais e interurbanas de sua ocorrência, e sua redução é ainda um desafio para os serviços de saúde e à sociedade como um todo, sendo necessárias ações de saúde, especialmente, voltadas à atenção básica, que se iniciam no pré-natal, e alcancem também a assistência no âmbito hospitalar⁽⁴⁾.

Para que as medidas de prevenção e controle da morbidade e mortalidade infantil sejam aprimoradas e novas ações possam ser desencadeadas, é preciso constante monitoramento dos dados, tanto os epidemiológicos como os sócioeconômicos e de saúde.

Os bancos de dados com mais frequencia utilizados, como fonte para conhecer a situação de saúde da criança são os bancos do SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade e do SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Entretanto, existem outras fontes de dados que devem ser exploradas, sobretudo quando acrescentam informações não constantes nesses bancos já tradicionalmente utilizados. Informações sobre renda familiar, local e financiamento do pré-natal e parto, complicações na gestação ou sobre a internação do recém-nascido são alguns exemplos de dados que não constam no SIM ou no SINASC e podem ser úteis para melhor conhecer a situação de saúde da família, da mãe e do bebê.

Muitas informações vêm sendo coletadas e registradas regularmente pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil (CPMI), por ocasião das análises e as investigações do óbito fetal e infantil. Os CPMI, implantados pela Portaria nº 1.399 do Ministério da Saúde - MS⁽⁵⁾, como mais uma das estratégias adotadas para monitorar e reduzir a mortalidade infantil têm por objetivo elucidar as circunstâncias da ocorrência dos óbitos infantis, identificar fatores de risco e propor medidas de melhoria da qualidade da assistência à saúde. Mais recentemente, em 12 de janeiro de 2010, foi publicada a Portaria nº 72/GM do MS que estabelece a obrigatoriedade de vigilância do óbito infantil e fetal nos serviços de saúde que integram

o Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis⁽⁶⁾.

Considerando o impacto e a gravidade do óbito infantil para a família, comunidade e aos serviços de saúde, assim grande parte desses óbitos é evitável, e em razão da necessidade de estudos sobre a mortalidade infantil e possibilidade de utilização dos dados resultados das análises dos CPMI é que este estudo foi proposto. O objetivo foi analisar algumas características da mortalidade infantil, tendo como fonte de dados as análises realizadas pelo CPMI da 15ª Regional de Saúde do Paraná, no período de 2005 a 2008.

MÉTODOS

Estudo descritivo, exploratório com informações referentes aos 397 óbitos infantis de residentes na área da 15ª Regional de Saúde do Paraná (RS), ocorridos no período de 2005 a 2008 e investigados pelo CPMI da 15ª RS, que constitui uma das 22 RS do Estado do Paraná e possui população estimada em 718.267 habitantes⁽⁷⁾. A Secretaria de Estado da Saúde divide o Estado em Regionais de Saúde, que são caracterizadas como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo. São instâncias administrativas intermediárias responsáveis por desenvolver estratégias para apoiar os municípios de sua regional, influenciando a gestão das questões regionais, devendo fomentar a busca contínua e crescente da eficiência em saúde⁽⁸⁾.

Como fonte de dados, utilizou-se a ficha de investigação do óbito infantil (FI), que é um formulário que reúne informações de identificação da criança, do pré-natal, do cartão da gestante, do parto, de dados ambulatoriais e hospitalares da gestante e da criança e também os dados da visita domiciliar. O prontuário analisado pelo CPMI contém além da FI, cópia da Declaração de Óbito (DO) e da Declaração de Nascido Vivo (DN), cópia do prontuário da Unidade Básica de Saúde (UBS) onde a mãe fez o pré-natal e do prontuário hospitalar da criança.

As variáveis de estudo foram agrupadas em socioeconômicas: renda familiar mensal em salários mínimos (SM) (até 1 SM; de 2 a 3 SM; de 4 a 5 SM; 6 ou mais SM); local do pré-natal (UBS, particular, UBS + particular, outros e não fez pré-natal) e financiamento do parto (SUS, particular, SUS + particular, parto domiciliar); variáveis da gestação: primeira consulta de pré-natal (1º, 2º ou 3º trimestres, não fez pré-natal); gestante considerada de risco (sim e não); complicações na gestação (sim e não) e tipo de complicação e variáveis do recém nascido: internação (sim e não); internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (sim e não); considerado de risco (sim e não). Destaca-se que as variáveis estudadas foram selecionadas por não estarem disponíveis nem na DO nem na DN e por serem consideradas de extrema importância para complementação

do perfil de mortalidade infantil na 15^a RS.

Os dados foram agrupados em dois biênios 2005-2006 e 2007-2008, procurando com isso minimizar as variações dos valores entre os períodos. Os dados foram coletados e transcritos em planilhas, digitados e analisados em freqüências absolutas e relativas, com o uso de programa EpiInfo 6.0.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, de acordo com a Resolução CSN n.^o 196/96, sob o Parecer n.^o 130/2006.

RESULTADOS

Entre 2005 a 2008, houve 397 óbitos infantis de residentes na área da 15^a Regional de Saúde do Paraná, 205 (51,6%) no primeiro biênio e 192 (48,4%) no segundo biênio, com coeficientes de mortalidade infantil de 11,46 e 10,67 óbitos por 1.000 nascidos vivos, para os primeiro e segundo biênios, respectivamente. Todos os 397 óbitos foram analisados e investigados pelo Comitê Regional.

Os dados da Tabela 1 mostram que dos óbitos infantis com informações conhecidas nas FI, 82,3% das famílias recebiam até três SM por mês (34,9% até um SM e 47,4% de 2 a 3 SM). Apenas 5,5% recebiam seis ou mais SM. Foi observado que 65,1% das mães realizaram o pré-natal em UBS e 25,9% pagaram diretamente pelo

atendimento. Em relação ao financiamento, 83,4% dos partos foram realizados pelo SUS.

Tabela 1- Mortalidade infantil, segundo variáveis socioeconômicas, 15^a Regional de Saúde, Maringá-PR, 2005 a 2008.

Variáveis	2005-2006		2007-2008		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Renda familiar mensal*						
Até 1 SM	50	41,7	39	28,9	89	34,9
2 a 3 SM	54	45,0	67	49,9	121	47,4
4 a 5 SM	14	11,7	17	12,6	31	12,2
6 ou mais SM	2	1,6	12	8,9	14	5,5
Sem informação**	85	41,5	57	29,7	142	35,8
Local do pré-natal*						
UBS	112	67,5	112	62,9	224	65,1
Particular	36	21,7	53	29,8	89	25,9
UBS+particular	2	1,2	-	-	2	0,6
Outros	-	-	4	2,2	4	1,2
Não fez pré-natal	16	9,6	9	5,1	25	7,2
Sem informação**	39	19,0	14	7,3	53	13,3
Financiamento do parto*						
SUS	112	87,5	114	79,7	226	83,4
Particular	13	10,2	28	19,6	41	15,1
SUS + particular	-	-	1	0,7	1	0,4
Parto domiciliar	3	2,3	-	-	3	1,1
Sem informação**	77	37,6	49	25,5	126	31,7
Total no biênio	205	100	192	100	397	100

Fonte: Ficha de Investigação do Óbito Infantil. * Percentual calculado excluindo os dados sem informação em cada biênio. ** Percentual calculado considerando o total geral de óbitos em cada biênio.

Tabela 2 – Mortalidade infantil, segundo variáveis da gestação. 15^a Regional de Saúde, Maringá-PR, 2005 a 2008.

Variáveis	2005-2006		2007-2008		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
1 ^a consulta pré-natal*						
1º trimestre	70	55,5	85	62,5	155	59,2
2º trimestre	36	28,6	34	25,0	70	26,7
3º trimestre	4	3,2	8	5,9	12	4,6
Não fez pré-natal	16	12,7	9	6,6	25	9,5
Sem informação**	79	38,5	56	29,1	135	34,0
Considerada de risco*						
Sim	41	34,2	58	47,5	99	40,2
Não	79	65,8	64	52,4	143	59,1
Sem informação**	85	41,5	70	36,4	155	39,0
Complicação na gestação						
Sim	100	69,0	96	68,1	196	68,5
Não	45	31,0	45	31,9	90	31,5
Sem informação**	60	15,1	51	26,6	111	2,8
Tipos de complicação***						
Trabalho de parto prematuro	38	23,4	15	11,6	53	18,2
Infecção urinária	26	16,0	27	21	53	18,2
Ameaça de aborto	18	11,0	9	7,0	27	9,3
Hipertensão	26	16,0	23	17,8	49	16,8
Hemorragia	14	8,6	6	4,6	20	6,9
Diabetes	4	2,5	2	1,5	6	2,1
Toxoplasmose	4	2,5	4	3,0	8	2,7
Outras	32	9,7	43	33,3	75	25,8
Total no biênio	205	100	192	100	397	100

Fonte: Ficha de Investigação do Óbito Infantil. * Percentual calculado excluindo os dados sem informação em cada biênio. ** Percentual calculado considerando o total geral de óbitos em cada biênio. *** Percentual calculado considerando o total de complicações informadas.

Tabela 3- Mortalidade infantil, segundo variáveis do recém-nascido. 15^a Regional de Saúde, Maringá-PR, 2005 a 2008

Variáveis	2005-2006		2007-2008		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Intemação do RN*						
Sim	152	76,4	149	92,0	301	83,4
Não	47	23,6	13	8,0	60	16,6
Sem informação**	6	2,9	30	15,6	36	9,0
Intemação em UTI*						
Sim	131	71,2	129	86,6	260	78,1
Não	53	28,8	20	13,4	73	21,9
Sem informação	21	10,2	43	22,4	64	16,1
Considerado RN de risco*						
Sim	60	63,8	67	53,2	127	57,7
Não	34	36,2	59	46,8	93	42,3
Sem informação**	111	54,1	66	34,4	177	44,6
Total	205	100	192	100	397	100

Fonte: Ficha de Investigação do Óbito Infantil. * Percentual calculado excluindo os dados sem informação em cada biênio. ** Percentual calculado considerando o total geral de óbitos em cada biênio.

Em relação às variáveis da gestação, observou-se que 59,2% do total das mulheres iniciaram o pré-natal no 1º trimestre; 26,7% no 2º e ainda houve 4,6% (12 mulheres) que fizeram a primeira consulta só no 3º trimestre. Das mães, 68,5% foram acometidas por complicações durante a gestação, sendo o trabalho de parto prematuro (18,2%), a infecção urinária (18,2%), a hipertensão arterial (16,8%) e a ameaça de aborto (9,3%) as mais frequentes (Tabela 2). Dos 397 óbitos infantis analisados, 83,4% dos bebês foram internados e destes, 78,1% em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Neste estudo, verificou-se que a grande maioria das famílias dos bebês que morreram, tinha situação socioeconômica vulnerável, ou seja, com renda familiar mensal de um a três salários mínimos (82,3%). Em relação à utilização dos serviços de saúde, cerca de 65% realizaram o pré-natal em UBS, com 83,4% dos partos financiados pelo SUS, o que concorda com estudo realizado no município de Pelotas - RS, onde as variáveis socioeconômicas apresentaram associação significativa com o coeficiente de mortalidade infantil, cerca de 2,5 vezes maiores para as crianças de famílias de baixa renda⁽⁹⁾.

Outro achado que deve ser destacado, diz respeito às complicações na gestação e ao risco gestacional. Os resultados mostraram que o percentual de mães com complicações na gestação permaneceu praticamente inalterado (69% e 68,1% nos dois biênios, respectivamente), mas houve aumento na atribuição do risco gestacional, do primeiro para o segundo biênio (34,2% e 47,5%, respectivamente). Tal resultado pode sugerir, tanto a melhora no preenchimento dos dados sobre o risco como

a melhora da qualidade do atendimento.

Sabe-se que parte das gestantes está sujeita a sofrer algum tipo de intercorrência, agravo ou apresentar características específicas durante a gestação que as tornem sujeitas a condições desfavoráveis, tanto para elas como ao feto, cuja saúde irá apresentar maior probabilidade a complicações, caracterizando, portanto, como grupo de gestantes de risco ou alto risco⁽¹⁰⁾. Além disso, observou-se que houve aumento na atribuição do risco gestacional para as mães durante a gestação. No primeiro biênio, 34,2% das gestantes foram consideradas de risco e, no segundo biênio, esse percentual passou a 47,5%. Como não houve diferença importante na informação sobre complicações na gestação (69% e 68,1% nos dois biênios, respectivamente) considera-se que houve melhora no preenchimento destes dados ainda que discreta.

Dentre as principais complicações apresentadas pelas mulheres do grupo estudado, estão o trabalho de parto prematuro (TPP) e as infecções do trato urinário (ITU), ambas com 18,2%, seguidas da hipertensão arterial com 16,8%, a ameaça de aborto com 9,3% e hemorragias com 6,9%. O TPP com a ITU são as complicações mais frequentes na gestação talvez pelo fato da ITU ser a principal causa do TPP trazendo como consequência para o feto o baixo peso ao nascer. Este conjunto de situações é responsável por 75% das causas do óbito infantil⁽¹¹⁾. O baixo peso ao nascer e a prematuridade são os fatores mais importantes na determinação da mortalidade neonatal. Crianças prematuras e de baixo peso apresentam um risco significativamente maior de morrer do que as nascidas a termo, com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas e peso superior a 2.500 gramas⁽¹²⁾.

Em estudo realizado no Estado do Paraná, foi observado que no período de 2003 a 2005, dos óbitos infantis 55,5% eram de crianças de baixo peso, ou seja, tinham menos de 2.500 gramas ao nascimento e que houve aumento na proporção de óbitos de extremo baixo peso de 21,5% (no biênio 1997-1999) para 33,9% (no biênio 2003-2005). Em relação à idade gestacional, 54,2% das crianças nasceram com menos de 36 semanas de gestação, entre 2003 a 2005, em todo o Estado visto que entre 1997-1999 esta proporção foi próxima de 31,7%. Estas informações constituem fortes sinalizadores da necessidade de melhoria do acesso e da qualidade do pré-natal⁽¹³⁾.

Diversos fatores tornam a ITU uma importante complicação do período gestacional, agravando tanto o prognóstico materno como o prognóstico perinatal. Durante muitos anos, a gestação foi vista como fator predisponente a todas as formas de ITU⁽¹⁴⁾. No entanto, algumas gestantes desenvolvem a bacteriúria assintomática, uma das principais causas do retardamento do crescimento intrauterino e rompimento prematuro de membranas, evoluindo impreverivelmente ao TPP⁽¹⁵⁾.

No Estado do Paraná, está em discussão o protocolo para uroculturas e antibiogramas em gestantes, seguindo a experiência do município de Curitiba com resultados satisfatórios de redução em 30% da prematuridade, após início da detecção e tratamento precoce da ITU por meio da realização de exame de urocultura⁽¹⁵⁾.

A hipertensão foi a segunda complicação mais frequente para as mães dos bebês que faleceram. Do total das gestações, a hipertensão gestacional ou síndrome hipertensiva pode ocorrer em 5% dos casos que podem evoluir para a pré-eclâmpsia, e destes 1% poderá evoluir para sua forma grave, a eclâmpsia que apresenta gravidade e efeitos diferentes sobre a mãe e o feto. Gestantes acometidas por pré-eclâmpsia grave apresentam maiores chances de desencadear TPP, com fetos pequenos para a idade gestacional que, em sua grande maioria, evoluem para algumas doenças associadas à prematuridade, como por exemplo a enterocolite necrotizante, hemorragia intraventricular e síndrome da angústia respiratória⁽¹⁶⁾.

Já as hemorragias obstétricas estiveram presentes em 8,6% das gestantes no primeiro biênio, diminuindo para 4,6% no último. No primeiro trimestre de gestação, há possibilidade de ameaça de abortamento ou abortamento, que ocorre em 20% das gestações⁽¹⁷⁾, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional benigna, descolamento cório-amniótico⁽¹⁸⁾, câncer de colo de útero e cervicites. Em sua maioria, o abortamento ocorre entre as gestantes que apresentam hemorragia no 1º trimestre⁽¹⁹⁾, mas as situações hemorrágicas para o 2º trimestre gestacional podem ocorrer em razão da placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, rotura uterina⁽¹⁸⁾, podendo incidir em até 3% da população de gestantes.

Outra complicação, menos incidente no grupo estudado, foi o diabetes com média de ocorrência em 2,1% das gestantes. Estima-se que de 1% a 3% das gestantes podem apresentar diabetes durante a gestação⁽⁹⁾. Os elevados níveis glicêmicos apresentados por estas gestantes diabéticas ou que desenvolveram o diabetes em decorrência da gestação podem acarretar complicações para o feto e recém-nascido, tais como: macrossomia fetal, morte intraútero, asfixia perinatal, polidrâmnio, rutura prematura de membranas, TPP, distócia de ombros, traumas esqueléticos e fratura de clavículas⁽²⁰⁾.

A toxoplasmose apareceu como complicação para 2,5% e 3,0% das gestantes nos dois biênios estudados. Esta infecção acarreta agravos anatômicos e funcionais para o feto, sobretudo retardo de crescimento intrauterino, prematuridade, toxoplasmose congênita, retardo mental e morte fetal⁽¹⁸⁾.

De acordo com o Ministério da Saúde, o pré-natal deve acolher a mulher desde o início da gravidez, configurando o momento apropriado da preparação

para o parto, possibilitando a detecção de possíveis alterações⁽¹⁰⁾, com condutas apropriadas para promover a saúde da mãe e filho e diminuir a morbidade e mortalidade. Durante o pré-natal, atribuiu-se à gestante o risco gestacional, levando em consideração características individuais, condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doenças obstétricas de gestação atual e algumas intercorrências clínicas⁽¹⁸⁾. A atribuição do risco tem a finalidade de encaminhamento ao serviço de especialidade no intuito de diminuir as chances de evolução dos riscos para complicações ao feto e à gestante⁽¹⁸⁾. Outro resultado, encontrado na presente análise diz respeito ao perfil socioeconômico das famílias. Embora a mortalidade infantil seja um evento com maior frequência ligado a grupos populacionais e famílias mais vulneráveis nas comunidades, os resultados mostraram uma mudança nesse perfil. As variáveis socioeconômicas evidenciaram uma melhoria na situação das famílias além da melhoria na adesão das mulheres ao pré-natal. Chamou atenção que, do primeiro para o segundo biênio, houve aumento da renda mensal da família e aumento de mulheres que fizeram o pré-natal e o parto em rede privada. Para os dados da gestação, houve aumento do percentual de gestantes que iniciou o pré-natal no 1º trimestre e diminuiu o percentual de gestantes que não fizeram o pré-natal. A situação pode demonstrar a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no monitoramento da população sob sua responsabilidade para a captação precoce da gestante e sua vinculação às UBS e realização de busca ativa, mediante faltas que possam ocorrer.

Com relação aos serviços de saúde, o aumento do uso de serviços privados de atendimento à gestação e ao parto observado neste estudo, acompanha o aumento da renda mensal familiar. O aumento na utilização de serviços privados para o pré-natal e parto pode ser resultado também do comércio crescente das diversas operadoras de saúde que, pela competitividade do mercado baixam seus custos viabilizando a aquisição de planos de saúde pela família, somado à possível falta de confiança no sistema público de saúde e, ainda, ao desejo da mulher em realizar a laqueadura por ocasião do parto.

No que concerne à ficha de investigação do óbito infantil do Comitê que foi a fonte para este estudo, deve ser ressaltado que essas variáveis não estão disponíveis no SINASC e SIM e, por isso, a importância de sua utilização. A análise de dados sobre a renda familiar, local do pré-natal e financiamento do parto, os dados da gestação como a primeira consulta de pré-natal, risco da gestante e as complicações na gestação acrescentam aspectos da mortalidade infantil menos frequentes em estudos dessa natureza.

Mas na forma como são apresentados os resultados desta investigação, o que também chamou a atenção foi

o elevado número de variáveis sem informação, embora com discreta melhora do primeiro para o segundo biênio. A falta de informações na ficha de investigação pode refletir as dificuldades encontradas pelo Comitê durante o trabalho de busca pelas informações, com falta de registros nos prontuários, dados e anotações ilegíveis, não realização da visita domiciliar por recusa ou mudança de endereço da família, incompatibilidade entre as informações dos prontuários e a entrevista com familiares, entre outras⁽²¹⁾.

Embora tenha havido algum incremento na quantidade de dados registrados na ficha de investigação do óbito infantil, alguns dados importantes para a caracterização, não só do óbito infantil, mas, para se traçar um perfil epidemiológico dessas famílias expostas a condições de risco continuam com percentuais importantes de não preenchimento, como é o caso da renda familiar, da data de início do pré-natal, da atribuição do risco gestacional, e inclusive, se o RN foi considerado de risco. A ausência dos dados nos documentos aponta para a possibilidade dos profissionais, tanto da atenção básica, como dos serviços de saúde mais complexos de saúde, terem dificuldade na compreensão de sua importância ou por falta de treinamento, falta de tempo e até mesmo por dificuldade do reconhecimento da necessidade de bons registros e anotações, como parte do processo de apreensão da realidade para o cuidado da criança e família e da prevenção do óbito infantil⁽²¹⁾.

A equipe de enfermagem e o enfermeiro estão em constante contato com o usuário, seja nas visitas domiciliares da ESF, nas consultas em UBS, em intervenções hospitalares ou em programas de saúde destinados à comunidade, o que os coloca em contato com muitas informações inerentes aos cuidados com os pacientes. É possível estimar que a equipe de enfermagem seja responsável por mais de 50% das informações contidas nos prontuários⁽²²⁾. Cabe ao enfermeiro e à equipe de saúde incorporarem a importância do levantamento de dados e registros nas fichas de investigação, pois com base no correto preenchimento e da alimentação dos bancos de dados que as variáveis serão transformadas em informações úteis ao planejamento de ações que contribuem para a redução da taxa de mortalidade infantil.

Deve ser ressaltado que existem limitações aos estudos que utilizam dados secundários. Nesse sentido, os resultados apresentados devem ser vistos com alguma cautela, levando-se em conta o expressivo percentual de não informação observado para algumas variáveis nas fichas de investigação que foram a fonte de dados deste estudo.

Por outro lado, o emprego dos dados das análises dos Comitês de Investigação do óbito acrescenta informações importantes às já usualmente utilizadas em

estudos sobre a mortalidade infantil. Para isso, é necessário melhorar a qualidade dos documentos, bem como seu levantamento para a investigação do óbito, além da anotação correta dos campos existentes nos documentos da análise⁽²¹⁾.

CONCLUSÕES

Neste estudo, observou-se que a maioria das famílias recebia até três salários mínimos por mês, grande parte das gestações foram acompanhadas nas UBS e a maioria dos partos foi financiado pelo SUS. O fato vem evidenciar o papel do setor público de saúde, da ESF e do enfermeiro no sentido de aprimoramento do atendimento à gestante no pré-natal, captando-a precocemente na comunidade, já no 1º trimestre de gestação, acompanhando-a durante os meses de gestação, observando as mudanças e o aparecimento de possíveis complicações. O risco gestacional é informação primordial para a qualidade da atenção à saúde da mãe e do bebê e deve ser mensalmente avaliado e as intervenções tomadas prontamente.

Finalmente, considerando a complexidade e o dinamismo dos processos que envolvem a mortalidade infantil, é necessário seu contínuo acompanhamento, de modo que se possa dispor de informações que permitam a análise da situação de saúde e auxiliem na tomada de decisões que buscam a melhoria da qualidade de vida da população com consequente queda das taxas de mortalidade infantil.

Nesse sentido, utilizar informações que não constam em bancos de dados nacionais como o SINASC e o SIM nem no banco de dados Estadual/Regional, como o SIMI, é extremamente importante, para que se possa acrescentar informações de situação socioeconômica e da história da gestação e do parto da família, possibilitando analisar os nós críticos das políticas e das ações de saúde, demonstrando, desta forma, os principais pontos onde se faz necessário intervir mais efetivamente. Os dados encontrados apontam para o grande desafio na conscientização dos profissionais da saúde quanto a importância da assistência adequada no pré-natal, além do preenchimento correto dos registros para complementação dos sistemas de informação.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio financeiro do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT)/ Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/ Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Edital MCT/CNPq 15/2007 – Universal- Processo 473395-2007-0.

REFERÊNCIAS

1. Bobadilla JL. Los efectos de la calidad de la atención médica en la sobrevida perinatal. *Salud Pública Méx.* 1988;30(3):416-31.
2. Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(2):246-55.
3. Costa MCN, Mota ELA, Paim JS, Silva LMV, Teixeira MG, Mendes CMC. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. *Rev Saúde Publica.* 2003;37(6):699-706.
4. Schirmer J. A importância da enfermeira nas ações governamentais de redução de morbi mortalidade materna e neonatal: [editorial]. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):v.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 77 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 72, de 11 de Janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).
7. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades. [Internet]. [citado 2010 Maio 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
8. Paraná (Estado). Secretaria da Saúde [Internet]. Curitiba. [citado e 2009 Jun 15]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/>.
9. Menezes AMB, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R, Oliveira ALB. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. *Rev Saúde Pública.* 1998;32(3):209-16.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, FEBRASGO, ABENFO; 2001.
11. Leal Soliguera MC. Comportamiento del bajo peso al nacer y repercusión sobre la mortalidad infantil en el quinquenio 2001-2005. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2009;35(4):99-107.
12. Kilsztajn S, Rossbach AC, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(3):303-10.
13. Orlandi MHF. Prevenção da mortalidade infantil no Paraná: avaliação e representação social [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2007.
14. Duarte G, Marcolin AC, Quintana SM, Cavalli RC. Infecção urinária na gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(2):93-100.
15. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido. Programa mãe curitibana. Edvin Javier Boza Jimenez, Márcia Luiza Kradjen, Raquel Ferreira Scholz Uhlig; Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2005. 99p.
16. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Hypertensive disorders in pregnancy. In: Cunningham FG. Williams obstetrics. 21st ed. New York: McGraw-Hill; c2001. p. 567-617.
17. Paraná (Estado). Secretaria da Saúde. Governo lança o programa: "Nascer no Paraná: Direito à Vida" em Curitiba. 22/07/09. Notícia online. [citado 2009 Nov 11]. Disponível em: <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=49023&tit=Governo-lanca-o-programa-Nascer-no-Parana-Direito-a-Vida-em-Curitiba>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
19. Watanabe LC, Brizot ML, Pereira PP, Mustafá SA, Miyadahira S, Zugaib M. Achados ultra-sonográficos em pacientes com ameaça de abortamento no primeiro trimestre da gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2000;22(5):275-9.
20. Kerche LTRL, Abbade JF, Costa RAA, Rudge MVC, Calderon IMP. Fatores de risco para macrossomia fetal em gestações complicadas por diabete ou hiperglicemia diária. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(10):580-7.
21. Mathias TAF, Uchimura TT, Assunção AN, Predebon KM. Atividades de extensão universitária em comitê de prevenção de mortalidade infantil e estatísticas de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(2):305-11.
22. Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev Latinoam Enferm.* 2003;11(1):80-7.