



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

PATRÍCIA ANELISE SILVA DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE INFANTIL EM VENÂNCIO
AIRES ENTRE 2004 E 2014**

Porto Alegre

2017

PATRÍCIA ANELISE SILVA DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE INFANTIL EM VENÂNCIO
AIRES ENTRE 2004 E 2014**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves

Porto Alegre

2017

RESUMO

A mortalidade infantil é um dos indicadores que tem grande relevância na saúde pública, pois consiste em um fator sensível à condição social e de saúde de uma população. O óbito infantil é definido por aquele ocorrido em crianças nascidas vivas desde o momento do nascimento até um ano de idade incompleto, ou seja, considera os primeiros 364 dias de vida. O presente trabalho é um estudo transversal e retrospectivo. Os óbitos infantis ocorridos entre 2004 e 2014 de residentes no município de Venâncio Aires, no Rio Grande do Sul, formaram a população estudada. Para a coleta das informações foi utilizado o banco de dados secundários existente e disponível na internet do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no TABNET. Observou-se que houve 94 óbitos no período, dos quais 44,68% ocorreram em crianças na faixa etária de 0 a 6 dias, 54,25% foram de indivíduos do sexo masculino, 88,3% foram de nascidos da raça/cor branca, 40,42% foram de indivíduos cujas mães tinham idade entre 20 a 29 anos, 26,59% ocorrem em nascidos com 22 a 27 semanas e 26,59% ocorrem em nascidos com 37 a 41 semanas, 79,79% foram de indivíduos cujas mães tiveram gravidez única, sendo que 47,87% realizaram parto vaginal e 45,74% optaram por parto cesáreo e 68,08% dos óbitos tinham peso, ao nascer, menor do que 2.500g. Os óbitos começaram a ser examinados após 2007, sendo que 37,23% deles foram investigados e têm ficha síntese. Além disso, em 8 anos houve um aumento de 2 para 4 equipes de Estratégias Saúde da Família. Os dados encontrados vão ao encontro da literatura, sendo que a variável mais característica de Venâncio Aires foi a raça/cor dos óbitos.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil; Vigilância em Saúde; Epidemiologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	07
3 OBJETIVOS.....	09
3.1 OBJETIVO GERAL.....	09
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	09
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	10
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	11
5.1 FAIXA ETÁRIA.....	11
5.2 SEXO.....	12
5.3 RAÇA/COR.....	12
5.4 IDADE DA MÃE.....	13
5.5 ESCOLARIDADE DA MÃE.....	13
5.6 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO.....	14
5.7 TIPO DE GRAVIDEZ.....	14
5.8 TIPO DE PARTO	15
5.9 PESO AO NASCER.....	15
5.10 ÓBITO EM RELAÇÃO AO PARTO.....	16
5.11 INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO.....	16
5.12 IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS.....	19

1 INTRODUÇÃO

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) disponibiliza informações e dados de forma pública que podem auxiliar em análises da situação de saúde do Brasil. Os gestores podem apropriar-se dessas informações e utilizá-las para a tomada de decisões e planejamento das ações em saúde, assim como para a elaboração de políticas públicas. O DATASUS disponibiliza o TABNET, um tabulador público que permite organizar dados que constam nos sistemas de informação do SUS (BRASIL, 2016).

A saúde pública tem como tradição mensurar o estado de saúde da população através da vigilância epidemiológica, que teve seu início com o registro de dados de mortalidade. Conforme a Portaria GM/MS 1378/2013, no artigo 2º,

a Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde” (BRASIL, 2013, p. 1).

Esses dados da vigilância constituem indicadores importantes para o planejamento das ações em saúde. Um dos indicadores que tem grande relevância na saúde pública é o coeficiente de mortalidade infantil, pois ele consiste em um indicador sensível à condição social e de saúde de uma população (BRASIL, 2011). O óbito infantil é definido por aquele ocorrido em crianças nascidas vivas desde o momento do nascimento até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias (BRASIL, 2010). O coeficiente de mortalidade é descrito como o número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado (BRASIL, 2009).

Com os números obtidos através desse coeficiente, pode-se ter acesso às seguintes informações: a estimativa de risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida; as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, do acesso e da qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e das crianças; o conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade. Além disso, o coeficiente de mortalidade pode ser utilizado para: analisar variações populacionais, geográficas e de tempo da mortalidade infantil; contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas à atenção pré-natal, ao

parto e à saúde infantil (BRASIL, 2009).

Segundo os dados do Censo do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE, 2016), as taxas de mortalidade vêm apresentando valores declinantes no Brasil. Em 2004, o coeficiente de mortalidade infantil era de 23,39, valor que passou para 14,40 em 2014. O Rio Grande do Sul apresentava a taxa de mortalidade infantil de 15,2 em 2004, e ela passou para 10,6 em 2014 (FRIAS *et al.*, 2013). Esses números demonstram uma melhoria na qualidade e no acesso aos serviços de saúde e na implantação de ações voltadas ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e à saúde da criança. Uma das ações que os municípios realizam visando a diminuição do coeficiente de mortalidade é a formação dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil, uma ferramenta de controle social com a finalidade de investigar os óbitos ocorridos em crianças com residência no município a cada ano. A partir desses dados, o comitê é capaz de organizar estratégias de prevenção aos óbitos, conforme cada contexto regional, com parceria da gestão municipal (BRASIL, 2009).

No município de Venâncio Aires, no Rio Grande do Sul (RS), o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil foi implantado em meados do primeiro semestre de 2016. Ele conta com a participação efetiva de profissionais de curso superior da Secretária da Saúde que atuam na vigilância epidemiológica, em serviços de atenção primária e secundária, profissionais da assistência social, representantes do hospital da cidade e representante de um serviço de saúde suplementar. O comitê teve como primeira ação investigar os óbitos ocorridos no ano de 2016 e dar sequência cronológica ao controle nos anos seguintes. Mas, nesse contexto, surge a questão: como foram os óbitos nos anos anteriores? Este trabalho nasce, portanto, para esclarecer e ilustrar os óbitos infantis que ocorreram em anos anteriores.

Este estudo foi realizado com os dados do município de Venâncio Aires, que fica a 130 quilômetros de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul (RS), localizado na região centro-oriental rio-grandense e pertencente à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde. De acordo com o Censo do IBGE, em 2010 a população de Venâncio Aires era de 65.946 habitantes, e a cidade apresentava uma densidade demográfica de 85,27 habitantes por quilômetro quadrado. O coeficiente de mortalidade no município nos anos 1991, 2000 e 2010 foram, respectivamente, 21,2, 20 e 13,8. (ATLAS BRASIL, 2016).

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico da mortalidade infantil em Venâncio Aires entre os anos 2004 e 2014, elucidando os óbitos

infantis conforme as seguintes variáveis: idade da criança, causa do óbito, sexo, cor/raça, idade da mãe, escolaridade da mãe, duração da gestação, tipo de gestação, tipo de parto, peso da criança ao nascer, óbito em relação ao parto e realização da investigação do óbito.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O referencial teórico que subsidiou a elaboração deste trabalho de conclusão de curso foi composto por legislações, artigos e livros, dentre eles 10 artigos científicos. Essas referências dialogam com os descritores: vigilância epidemiológica / vigilância em saúde / epidemiologia, coeficiente de mortalidade infantil / mortalidade infantil. Os artigos, utilizados nesta revisão, foram publicados em diferentes periódicos de saúde pública, indexados em sua maioria no Portal *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Houve um retorno de 84 artigos, muitos repetidos. Também foram utilizados trabalhos que estão disponíveis no LUME, repositório digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Os artigos foram escritos nos idiomas português e inglês e publicados no período de 2001 a 2016.

Dos 10 artigos mais utilizados, apenas três foram publicados antes de 2010. Todos os artigos apresentam a problemática “Mortalidade Infantil: um indicador de qualidade e acesso aos serviços de saúde”.

Autores	Ano	Título
Szwarcwald <i>et al.</i>	1997	Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária?
Silva <i>et al.</i>	2006	Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Nordeste do Brasil: <i>linkage</i> entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis – 2000 a 2002
Matos <i>et al.</i>	2007	Mortalidade Infantil no Município do Rio de Janeiro
Vianna <i>et al.</i>	2010	Mineração de dados e características da mortalidade infantil
Vedovato, Lourenço e Donalisio	2011	Análise Espacial na Mortalidade Infantil e suas relações socioambientais na área urbana de Rio Claro, SP, BR
Maia, Souza e Mendes	2012	Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC
Frias <i>et al.</i>	2013	Correção de informações vitais: estimação da mortalidade infantil, Brasil, 2000-2009
Brum, Stein e Pellanda	2015	Mortalidade Infantil em Novo Hamburgo: fatores associados e causas cardiovasculares
Oliveira L.L. <i>et al.</i>	2016	Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade
Oliveira M.C. <i>et al.</i>	2016	Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito

Estudos realizados nos anos 90 já demonstravam uma diminuição mais significativa nas taxas de mortalidade nas regiões Sudeste e Sul do Brasil em comparação com alguns estados no Norte e Nordeste, evidenciando um desigual desenvolvimento nacional. Mesmo nas regiões Sudeste e Sul houve um declínio na mortalidade pós-neonatal maior que na neonatal precoce, demonstrando deficit na assistência ao pré-natal e parto. No estudo de Szwarcwald *et al.* (1997), houve o objetivo de comparar dados sobre mortalidade infantil das regiões do Brasil com dados da Bélgica e Índia. Dados de 1979 a 1993 foram avaliados, e os autores constataram que o declive na mortalidade infantil foi discreto nesse período. Segundo eles, houve diferenças geográficas, com o Nordeste apresentando taxas próximas às da Índia (50/1000), mas sem regiões com taxas como as da Bélgica (8/1000). Esse estudo também concluiu que muitas notificações de óbito não são realizadas de forma adequada.

O Brasil passou por transformações políticas e econômicas durante os anos 90 e 2000, com a implantação de políticas voltadas à saúde da criança e ao combate à fome (BRASIL, 2011). Silva *et al.* (2006) analisaram dados de um município da região Nordeste e concluíram que as variáveis fortemente preditoras da mortalidade infantil foram: baixo peso ao nascer, prematuridade e valor do índice de Apgar inferior a sete no primeiro e quinto minuto de vida. Esse estudo sugeriu o uso de banco de dados pela gestão municipal para haver a possibilidade de planejamento e de avaliação materno-infantil, para a realização plena da vigilância por parte dos serviços de saúde.

Em qualquer país, seja ele de baixa, média ou alta renda, a mortalidade infantil deve ser um problema prioritário pelo seu impacto na expectativa de vida ao nascer e na avaliação de ações de saúde e educação. Muitos estudos demonstram que a maior taxa de mortalidade acontece nos seis primeiros anos de vida, o que remete à importância da qualidade a ser dada à assistência materna durante o pré-natal e o parto, sendo que quando uma falha ocorre nesse processo, ela pode resultar em morte neonatal. Um instrumento de avaliação com grande importância é o Comitê de Mortalidade Infantil dos municípios, pois atua na avaliação e na assistência e busca compreender a circunstância do óbito infantil. Esse comitê identifica fatores de risco e define políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade (MATOS *et al.*, 2007).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil epidemiológico da mortalidade infantil em Venâncio Aires, entre os anos 2004 e 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever os óbitos infantis conforme as seguintes variáveis: idade da criança, causa do óbito, sexo, cor/raça, idade da mãe, escolaridade da mãe, duração da gestação, tipo de gestação, tipo de parto, peso ao nascer, óbito em relação ao parto e realização da investigação do óbito.

Comparar os dados obtidos de mortalidade infantil em Venâncio Aires entre os anos 2004 e 2014, considerando a implantação da Estratégia Saúde da Família no município.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O trabalho é um estudo descritivo de série temporal. Todos os óbitos infantis ocorridos entre os anos 2004 e 2014 com residência no município de Venâncio Aires (RS) formaram a população estudada. Para a coleta das informações foi utilizado o banco de dados secundários do DATASUS existente e disponível na internet, no TABNET.

As variáveis que foram obtidas, conforme cada ano do óbito, são as seguintes: idade da criança, causa do óbito, sexo, cor/raça, idade da mãe, escolaridade da mãe, duração da gestação, tipo de gestação, tipo de parto, peso ao nascer, óbito em relação ao parto e realização da investigação do óbito.

Estava previsto no projeto que a análise dos dados seria realizada através de análise descritiva percentual para as variáveis categóricas, média e desvio-padrão para as contínuas, e que seria utilizado ainda o teste qui-quadrado de associação e a análise dos resíduos. Entretanto, os dados obtidos após a busca no banco de dados foram insuficientes para essas análises, desse modo, o trabalho é apresentado de forma descritiva. Para comparar os dados da mortalidade infantil no município de Venâncio Aires com a implantação das Estratégias Saúde da Família, foram utilizados os dados disponíveis no site da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE).

De acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de uma pesquisa que utiliza apenas dados secundários, acessados através do DATASUS, e informações disponíveis em bancos de dados de acesso público, ela está dispensada do encaminhamento e da aprovação pelo Comitê de Ética. Da mesma forma, será garantida a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos dados.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Entre os anos pesquisados, 2004 a 2014, o número de óbitos infantis em Venâncio Aires teve uma variação de 3 óbitos no ano de 2012 a 16 óbitos em 2006, com um total de 94 óbitos durante o período. Conforme os dados obtidos no DATASUS, o número de óbitos não teve diminuição e nem aumento gradual, mas uma flutuação no número de casos durante os anos. Os resultados serão apresentados a seguir, conforme cada variável disponível no DATASUS.

5.1 FAIXA ETÁRIA

A faixa etária dos óbitos infantis foi dividida nas seguintes idades: 0 a 6 dias, 7 a 27 dias e 28 a 364 dias. Entre 2004 e 2014 ocorreram 42 óbitos entre o nascimento e o 6º dia, 25 óbitos durante o período neonatal tardio e 27 óbitos entre o 28º e 364º dia, conforme a Tabela 1 abaixo.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
0 a 6 dias	6	3	6	0	2	4	7	6	1	4	3	42
7 a 27 dias	2	1	5	4	2	2	2	5	0	1	1	25
28 a 364 dias	2	2	5	3	1	2	3	3	2	3	1	27
Total	10	6	16	7	5	8	12	14	3	8	5	94

Tabela 1: Faixa etária dos óbitos infantis em Venâncio Aires entre 2004 e 2014.

Conforme estudo realizado em 1982 com os dados da mortalidade infantil na cidade de Pelotas, a maioria dos óbitos infantis ocorre no período neonatal precoce, ou seja, do nascimento ao 6º dia de vida (BARROS, VICTORA e VAUGHAN, 1987). O óbito ocorrido no período neonatal precoce é um indicador da qualidade da assistência ao recém-nascido, sendo de fundamental atenção nas condutas para a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2011). No entanto, em um estudo realizado por Frias *et al.* (2002) em um município do interior de Pernambuco com óbitos infantis do ano de 2000, foi observado que 69,4% dos 72 óbitos ocorreram em crianças no período pós-neonatal (28 a 364 dias), mesma situação vista no trabalho de Pinheiro *et al.*, com dados da mortalidade infantil de 2010 em cidades do Rio Grande do Norte, com 93,6% dos 837 óbitos no período pós-natal.

5.2 SEXO

Entre 2004 e 2014, ocorreram 51 óbitos de crianças do sexo masculino e 43 óbitos de crianças do sexo feminino, como demonstrado na Tabela 2. No estudo realizado por Frias *et al.* (2002), nota-se um predomínio do sexo masculino (62,5%), assim como no estudo realizado por Pinheiro *et al.* (2016), que indicou que 51,2% dos óbitos eram de crianças do sexo masculino.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Masculino	3	2	10	3	4	7	8	7	3	3	1	51
Feminino	7	4	6	4	1	1	4	7	0	5	4	43

Tabela 2: Sexo dos óbitos infantis em Venâncio Aires entre 2004 e 2014.

5.3 RAÇA/COR

Conforme a variável raça/cor, os óbitos aconteceram mais em crianças de raça/cor branca do que em crianças pretas ou pardas. Houve 83 óbitos em crianças brancas (88,3%), 6 óbitos em crianças pretas (6,38%) e 2 óbitos em crianças pardas (2,13%), além disso, ignorase a raça/cor de 3 crianças. Conforme dados do IBGE (2010), em Venâncio Aires a população se autodefine da seguinte forma: 88,98% branca, 5,76% parda e 5,26% preta. Essa situação é decorrente da colonização alemã na região e da baixa miscigenação. O percentual de raça/cor conforme o IBGE se aproxima do perfil de raça/cor dos óbitos infantis. A Tabela 3, a seguir, descreve a raça/cor dos óbitos infantis entre 2004 e 2014.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	%
Branca	8	6	14	6	4	5	10	14	3	8	5	83	88,30
Preta	1	0	1	0	1	1	2	0	0	0	0	6	6,38
Parda	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2,13
Ignorado	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	3,19

Tabela 3: Raça/cor dos óbitos infantis em Venâncio Aires entre 2004 e 2014.

5.4 IDADE DA MÃE

A faixa etária das mães com maior número de casos de óbitos infantis foi entre 20 e 29 anos, seguido da faixa de 30 a 34 anos, como pode ser observado na Tabela 4. Frias *et al.* (2002) observaram em seu estudo que em 64,8% dos óbitos infantis as mães pertenciam ao grupo etário de 20 a 35 anos. Com os dados dos óbitos de Venâncio Aires, esse mesmo grupo etário alcança 56,38% dos óbitos. No trabalho de Pinheiro *et al.*, 55,2% das mães tinham entre 20 e 29 anos. Esses dados demonstram que muitos óbitos infantis ocorrem com mães jovens, mas não adolescentes.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
10 a 14 anos	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
15 a 19 anos	2	2	4	1	0	1	0	2	0	2	0	14
20 a 24 anos	2	0	4	1	4	3	3	0	1	1	0	19
25 a 29 anos	2	1	3	1	0	1	2	6	2	0	1	19
30 a 34 anos	1	1	1	3	1	2	2	3	0	1	0	15
35 a 39 anos	2	0	4	0	0	1	3	1	0	2	1	14
40 a 44 anos	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	4
Idade ignorada	1	1	0	0	0	0	1	1	0	2	2	8

Tabela 4: Idade da mãe dos óbitos infantis em Venâncio Aires entre 2004 e 2014.

5.5 ESCOLARIDADE DA MÃE

Entre 2004 e 2014 o maior número de óbitos infantis (33 casos, 35,10%) ocorreu com crianças cujas mães tinham 4 a 7 anos de estudo. Outras 29 mães (30,85%) tinham entre 8 e 11 anos de estudo. Considerando-se que um indivíduo com menos de 8 anos de estudo é considerado de “baixa instrução”, os dados de Venâncio Aires convergem para a premissa de que mães com menos anos de estudo são um fator de risco para a sobrevivência infantil, o que também apresenta um indicador da condição socioeconômica do sujeito (BRASIL, 2011). O estudo de Pinheiro *et al.* não apresentou um panorama diferente, pois apenas 44,7% das mães tinham 11 anos ou mais de estudo.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Nenhuma	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	4
1 a 3 anos	1	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	5
4 a 7 anos	5	2	8	3	3	2	4	1	2	2	1	33
8 a 11 anos	3	2	6	2	0	4	4	4	1	1	2	29
12 anos e mais	0	0	0	1	1	0	1	3	0	1	0	7
Ignorado	0	2	0	1	1	2	3	1	0	4	2	16

Tabela 5: Escolaridade da mãe dos óbitos infantis em Venâncio Aires entre 2004 e 2014.

5.6 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO

De acordo com a Tabela 6, a seguir, 53,2% (50 casos) dos óbitos infantis ocorreram em gestações com 22 a 27 semanas e 37 a 41 semanas. Fato demonstrado também no estudo de Frias *et al.* (2002), no qual em 81,7% dos óbitos as crianças haviam nascido a termo. A seguir, a Tabela 6 apresenta os dados dos óbitos conforme a duração da gestação.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Menos de 22 semanas	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	4
22 a 27 semanas	1	2	2	3	0	1	5	6	1	2	2	25
28 a 31 semanas	1	0	5	1	1	5	2	0	0	1	0	16
32 a 36 semanas	2	1	4	0	2	0	2	3	2	1	0	17
37 a 41 semanas	5	3	5	3	2	2	0	3	0	2	0	25
Ignorado	1	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	7

Tabela 6: Duração da gestação dos óbitos infantis em Venâncio Aires entre 2004 e 2014.

5.7 TIPO DE GRAVIDEZ

Conforme dados da Tabela 7, 79% dos óbitos infantis ocorreram em gravidez do tipo única. No estudo de Lansky *et al.* (2014), a gravidez dupla teve a taxa de mortalidade cinco vezes maior do que a taxa da gravidez única.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	%
Única	7	5	14	7	5	8	6	12	3	6	2	75	79,79
Dupla	2	1	2	0	0	0	5	1	0	0	1	12	12,77

Ignorado	1	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	7	7,45
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

Tabela 7: Tipo de gravidez dos óbitos infantis em Venâncio Aires entre 2004 e 2014.

5.8 TIPO DE PARTO

Em relação ao tipo de parto dos óbitos infantis, 47,87% deles tiveram o nascimento pelo parto vaginal e 45,74% deles tiveram o nascimento pelo parto cesáreo, como mostra a Tabela 8. Lansky *et al.* (2014), no Estudo de Coorte sobre a mortalidade neonatal, na pesquisa Nascir no Brasil, entrevistaram e avaliaram prontuários conforme seus resultados e verificaram que os partos cesáreo e vaginal não demonstram diferença significativa no desfecho. O parto vaginal apresentou taxa de mortalidade de 12,3 e o parto cesáreo teve uma taxa de 10,1. No trabalho de Santos *et al.* (2015), que analisou os óbitos infantis de Belo Horizonte entre 2010 e 2011, o parto vaginal foi realizado em 50,8% dos óbitos, enquanto que as cesarianas representaram 49,2% dos óbitos.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	%
Vaginal	5	4	7	3	3	7	6	5	1	3	1	45	47,87
Cesáreo	4	2	9	4	2	1	5	8	2	4	2	43	45,74
Ignorado	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	6	6,38

Tabela 8: Tipo de parto dos óbitos infantis em Venâncio Aires entre 2004 e 2014.

5.9 PESO AO NASCER

Considerando-se o peso ao nascer, 28 dos 94 óbitos infantis ocorreram em crianças com peso de 500 a 999g, seguido de 16 óbitos em crianças com peso de 1.000g a 1.499g, conforme Tabela 9. O baixo peso ao nascer (menor do que 2.500g) é isoladamente o fator de risco mais importante (BRASIL, 2011), o que corrobora os dados de Venâncio Aires. No trabalho de Santos *et al.* (2015), 72,8% dos óbitos infantis apresentavam o peso menor do que 2.500g ao nascer.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Menos de 500g	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	1	5
500 a 999g	1	2	4	4	1	3	4	5	1	1	2	28
1.000 a 1.499g	1	1	4	0	0	1	3	3	0	3	0	16
1.500 a 2.499g	3	0	3	1	1	2	0	2	2	1	0	15
2.500 a 2.999g	2	0	3	0	1	0	1	1	0	1	2	11
3.000 a 3.999g	2	3	2	2	1	2	0	1	0	1	0	14
4.000g e mais	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Ignorado	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	4

Tabela 9: Peso ao nascer dos óbitos infantis em Venâncio Aires entre 2004 e 2014.

5.10 ÓBITO EM RELAÇÃO AO PARTO

Conforme os dados do DATASUS, 95,74% dos óbitos ocorreram após o parto, o que pode ser observado na Tabela 10. No entanto, para a coleta dos dados foram selecionados óbitos infantis, ou seja, as crianças nasceram com vida e foram a óbito após o parto. Supõe-se que os casos “ignorados” estão relacionados às informações não preenchidas na declaração de óbito.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	%
Após o parto	9	6	16	7	5	8	11	13	3	7	5	90	95,74
Ignorado	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	4	4,26

Tabela 10: Óbito em relação ao parto em Venâncio Aires entre 2004 e 2014.

5.11 INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO

As investigações dos óbitos infantis iniciaram no ano de 2007, ou seja, em anos anteriores (entre 2004 e 2006) ocorreram 32 óbitos infantis que não foram investigados. Todavia, mesmo após 2007 houve 23 óbitos que não foram investigados. Considerando-se os 39 óbitos investigados, 4 deles não tiveram a ficha síntese informada. Conforme estudo realizado por Oliveira *et al.* (2017), antes do ano de 2007 não havia uma padronização da investigação dos óbitos infantis no Brasil, e poucas cidades realizavam uma investigação. Conforme o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (2009), a investigação do óbito é essencial para a prevenção de novos óbitos, através da análise e da

identificação de causas evitáveis. Nesse contexto, a ficha síntese é a ferramenta padrão para ser utilizada na investigação do óbito, contendo as informações-chave para a conclusão dos óbitos.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Não se aplica	10	6	16	0	0	0	0	0	0	0	0	32
Óbito investigado, sem ficha síntese informada	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	4
Óbito investigado, com ficha síntese informada	0	0	0	0	0	3	5	12	2	8	5	35
Óbito não investigado	0	0	0	6	4	4	7	2	0	0	0	23

Tabela 11: Investigação dos óbitos infantis em Venâncio Aires entre 2004 e 2014.

4.12 IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com o site da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE), o município de Venâncio Aires tinha 2 equipes de Saúde da Família em 2004, passou a ter 3 equipes em 2005, 4 equipes em 2012 e 6 equipes em 2015, conforme o Gráfico 1, a seguir. O Brasil conta com 60,42% de cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto que esse percentual de cobertura é de 54,5% no Rio Grande do Sul e de 34,57% na cidade de Venâncio Aires.

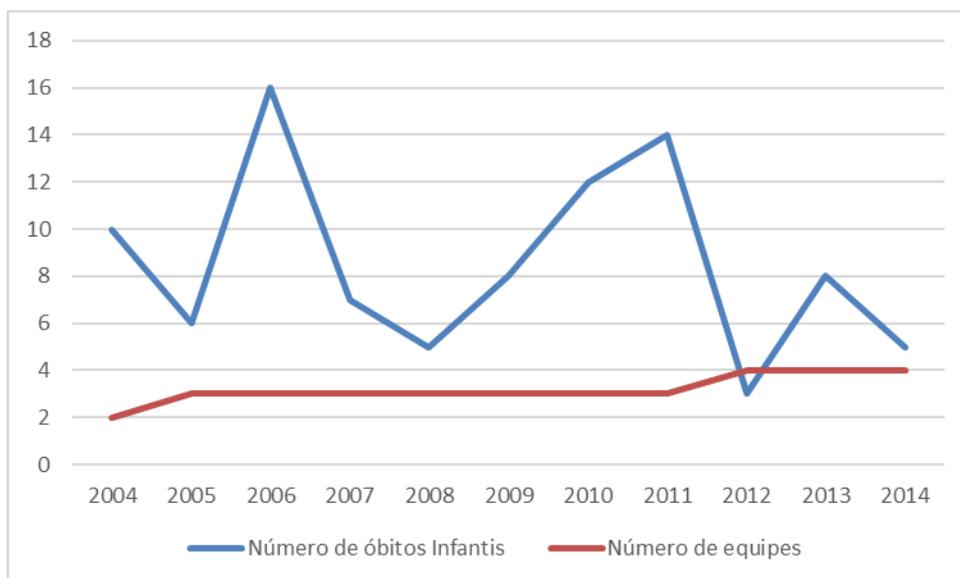


Gráfico 1: Número de óbitos infantis em relação ao número de equipes de ESF entre 2004 e 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade infantil é um indicador da condição de vida e saúde da população. No Brasil, ela vem apresentando uma queda progressiva, porém demanda esforços e medidas de toda a sociedade, em especial dos serviços e profissionais de saúde. O município de Venâncio Aires apresenta características dos óbitos infantis que se assemelham a outras realidades brasileiras estudadas em relação aos anos de estudos, à idade das mães e ao peso ao nascer, no entanto, observam-se aspectos únicos da sua localidade, como questões relativas à raça/cor dos óbitos e à baixa cobertura de ESF.

Desde 2016 a cidade de Venâncio Aires conta com o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, que tem o intuito de elucidar os óbitos e seus possíveis fatores de evitabilidade. O comitê não exerce papel punitivo, mas tem como finalidade a identificação das falhas de acesso e de qualidade de serviços, para que sejam planejadas ações de vigilância e educação continuada juntamente com os profissionais de saúde com o propósito de diminuir os coeficientes de mortalidade infantil.

Este estudo teve como objetivo descrever os óbitos infantis de um determinado período da cidade de Venâncio Aires, no Rio Grande do Sul, mas fez despertar o interesse pela descoberta das estratégias que estão sendo utilizadas para a diminuição da mortalidade infantil, no âmbito da governança federal, estadual e municipal e nos serviços que prestam assistência ao pré-natal, ao parto e à puericultura. Os sujeitos devem sentir-se implicados a buscar melhorar os indicadores da saúde e a garantir o direito à saúde.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL (Site). Disponível em:
<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/venancio-aires_rs> Acesso em: 16 dez. 2016.

BARROS, F.C.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Causas de Mortalidade Perinatal em Pelotas, RS (Brasil). Utilização de uma classificação simplificada. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p 310-316, 1987.

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

_____. Portaria N. 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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html>. Acesso em 16 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Portaria N. 1.378, de 09 de Julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília. Disponível em:
< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>. Acesso em 16 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRUM, C. A.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. Infant Mortality in Novo Hamburgo: Associated Factors and Cardiovascular Causes. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v. 104, n. 4, p. 257-265, 2015.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (Ministério da Saúde). Disponível em:
<<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/tutorial>> Acesso em: 16 dez. 2016.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (Ministério da Saúde). Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br>> Acesso em: 16 dez. 2016.

FRIAS, P.G. et al. Vigilância de Óbitos infantis como indicador da efetividade do sistema de saúde-estudo em um município do interior do Nordeste brasileiro. **J. pediatr.** Rio de Janeiro, v. 78, n 6, p 509-516, 2002.

FRIAS, P. G. et al. Correção de informações vitais: estimação da mortalidade infantil, Brasil, 2000-2009. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v. 47, n. 6, p 1048-1058, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>> Acesso em: 16 dez. 2016.

LANSKY S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência a gestante e ao recém-nascido. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 192-207, 2014.

MAIA, L. T. S.; SOUZA, W. V.; MENDES, A. C. G. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2163-2176, 2012.

MATOS, L. N. et al. Mortalidade de infantil no município do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 283-288, 2007.

OLIVEIRA, C. M. et al. Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 282-290, 2016.

OLIVEIRA, C.M. et al. Infant mortality surveillance in Recife, Pernambuco, Brazil: operationalization, strengths and limitations. **Epidemiol. serv. saúde.** Brasília, v. 26, n. 2, 2017.

OLIVEIRA, L. L. et al. Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 382-389, 2016.

PINHEIRO, J. M. F. et al.; Atenção a criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade no Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 243-252, 2016.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (Site). Disponível em: <<http://www.sage.saude.gov.br/#>> Acesso em: 16 maio 2017.

SANTOS, S. P. C. et al. Óbitos evitáveis em Belo Horizonte: análise de concordância de causa básica, 2010-2011. **Rev. bras. saúde matern. infant.** Recife, v. 15, n. 4, p. 389-399, 2015.

SILVA, C. F. et al. Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Nordeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis - 2000 a 2002. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 69-80, 2006.

SZWARCWALD, C. L. et al. Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária?. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 503-516, 1997.

VEDOVATO, M. A.; LOURENCO, R. W.; DONALISIO, M. R. Análise espacial da mortalidade infantil e suas relações sócio-ambientais na área urbana de Rio Claro, SP, BR. **Soc. nat.**, Uberlândia, v. 23, n. 3, p. 435-451, 2011.

VIANNA, R. C. X. F. et al. Mineração de dados e características da mortalidade infantil. **Cad. saúde pública.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 535-542, 2010.