

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Administração da UFRGS
Polo Universitário de Santo Antonio da Patrulha
Especialização em Gestão em Saúde

Maria Aparecida Famer

**A MORTALIDADE INFANTIL NOS MUNICÍPIOS DA 18ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA

2012

Maria Aparecida Famer

**A MORTALIDADE INFANTIL NOS MUNICÍPIOS DA 18ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Gestão em Saúde apresentado ao Programa da escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Professor Dr. Paul Fisher

SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA
2012

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela oportunidade de realizar o curso de especialização de forma gratuita;

Em segundo lugar agradeço ao meu esposo e a minha filha pela compreensão pelos momentos em que tive que estar ausente para realizar meus estudos;

Agradeço aos meus colegas da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde que me auxiliaram na elaboração do mesmo;

Agradeço ao meu orientador Paul Fisher pelo seu auxílio na elaboração do trabalho que foi fundamental e por ter eu aprendido muito com o mesmo;

Agradeço a Tutora do Curso Professora Franceline Fraga pelo auxílio na correção ortográfica e gramatical.

RESUMO

A mortalidade infantil no Brasil, apesar de sua extraordinária redução desde 1990, ainda continua sendo um problema de saúde pública com elevado índice em torno de 20 mortes por 1000 nascidos vivos e com grandes disparidades de declínio entre as regiões apresentando as maiores taxas na região Norte e Nordeste e as menores taxa nas regiões sul e sudeste. Dentre as regiões, o Rio Grande do Sul apresenta a menor taxa de mortalidade de 12,1(2010). A morte em menores de 1 ano na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde com sede em Osório na série temporal de 2000 a 2010 ficou com uma média de 12 ± 2 óbitos infantis por 1000 nascidos vivos. Usando o desvio padrão de -2 (2010)a taxa da CRS cai para 10 óbitos ficando num patamar aceitável pelo OMS .Esta média coloca a CRS como a terceira regional com menor taxa no RS.Os óbitos em menores de 1 ano predominam no componente neonatal (0 a 27 dias).As mortes em menores de um ano por grupo de causas evitáveis classificadas conforme a Portaria/MS nº 1.121 de 17/06/02 são predominantes as reduzíveis por ações de promoção, diagnóstico e tratamento responsável na média da série histórica de 2005 a 2010 por 52%.As mães dos bebês que foram a óbito apresentaram um perfil social e econômico de risco social.

PALAVRAS CHAVE: Taxa - Mortalidade infantil – Neonatal - Causas evitáveis

ABSTRACT

Infant mortality in Brazil, despite its extraordinary reduction since 1990, remains as a public health problem with a high rate of 20 deaths per 1000 live births. Also with large decline disparities between regions, the highest rates in the North and Northeast and the lowest rate in the south and southeast. Among regions, the state of Rio Grande do Sul in the South region has the lowest mortality rate of 12, 1 (2010). The death in children under 1 year, according to the 18th Regional Health in Osorio- from 2000 to 2010 had an average of 12 ± 2 infant deaths per 1000 live births. Using the standard deviation of 2 (2010) the rate of CRS falls to 10 deaths getting an acceptable level by the WHO. This average puts CRS as the third regional with lower rates in Rio Grande do Sul. The deaths of children under 1 year are predominant in the neonatal phase (0-27 days). Deaths among children under one year of preventable causes each group classified according to the Decree / MS No. 1121 of 17/06/02 are predominant reducible by the promotion, diagnosis and treatment charge on average for the series from 2005 to 2010 by 52 %. Mothers of babies who died had a social and economic profile of social risk.

KEY WORDS: Rates - Infant mortality - Neonatal - Preventable causes

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa do Rio Grande do Sul indicando a localização da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde.....	10
Figura 2: Mapa da 18ª CRS indicando a localização dos Municípios.....	12
Figura 3- Mortalidade Infantil (óbitos em menores de 1 ano/1000 nascidos vivos)por Região do Brasil	
Figura 4: Taxa de Mortalidade Infantil (óbitos em menores de 1 ano/1000 nascidos vivos) Média entre as Regionais 2000 a 2009.....	29
Figura 5: Taxa de Mortalidade Infantil (óbitos em menores de 1 ano/1000 nascidos vivos)Média entre as Regionais-2000 a 2009	30
Figura 6: Percentual de Óbitos Neonatal Precoce de 0 a 27 dias na Regional de Saúde.....	32
Figura 7: Percentual (%) do Número de Óbitos Evitáveis da Regional de Saúde	37
Figura 8: Percentual de Nascidos Vivos com 7 ou + consultas de pré-natal na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Percentual de Óbitos por Componente no Brasil.....	24
Tabela 2: Taxa de Mortalidade Infantil (Óbitos \leq 1 ano / 1000 nascimentos vivos) - Rio Grande do Sul período: 2000-2009.....	26
Tabela 3: Taxa da Mortalidade Infantil (óbitos em menores de 1 ano/1000 nascidos vivos) Componente no RS.....	27
Tabela 4: Percentual da Mortalidade Infantil (óbitos em menores de 1 ano/1000 nascidos vivos) Componente no RS	28
Tabela 5: Número Absoluto de Óbitos na Regional de Saúde	31
Tabela 6: Percentual de Causas Evitáveis pelo Sistema de Saúde no Brasil	34
Tabela 7: Percentual de Morte por Grupo de Causas evitáveis no Brasil	34
Tabela 8: Total de Óbitos Evitáveis em menores de 1 ano no Rio Grande do Sul	35
Tabela 9: Percentual de Mortes por Grupo de Causas Evitáveis pelo Sistema de Saúde no RS	36
Tabela 10: Percentual de Óbitos Evitáveis pelo Sistema de Saúde Regional de Saúde-18 ^a	37
Tabela 11: Percentual das Causas por Grupo Evitáveis pelo Sistema de Saúde na 18 ^a CRS	38
Tabela 12: Partos por Município e Ano	39
Tabela 13: Proporção de gestantes que realizaram o parto no município de sua residência.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CMI-Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMI-Coeficiente Mortalidade Infantil (zero a um ano)
CMIT-Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia (28 dias a 1 ano)
CMN-Coeficiente de Mortalidade Neonatal (zero a 28 dias)
CRS-Coordenadoria Regional de Saúde
DAHA-Departamento de Ações Hospitalares e Ambulatoriais
DAS-Departamento de Ações em Saúde
IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-Índice de desenvolvimento Humano
IDI-Índice de Desenvolvimento Infantil
MS-Ministério da Saúde
NIS-Núcleo de Informação em Saúde
NV-Nascido Vivo
OMS-Organização Mundial de Saúde
ONU-Organização das Nações Unidas
OPAS-Organização Pan-Americana de Saúde
PN-Pré-Natal
RN-Recém-Nascido
RS-Rio Grande do Sul
SES-Secretaria Estadual de Saúde
SIH-Sistema de Informação Hospitalar
SIM-Sistema de Informação de Mortalidade.
SINASC-Sistema Informação de Nascidos vivos.
SIS Pré-Natal-Sistema de Informação de Saúde
SUS-Sistema Único de Saúde
TMI-Taxa de Mortalidade Infantil

SUMÁRIO

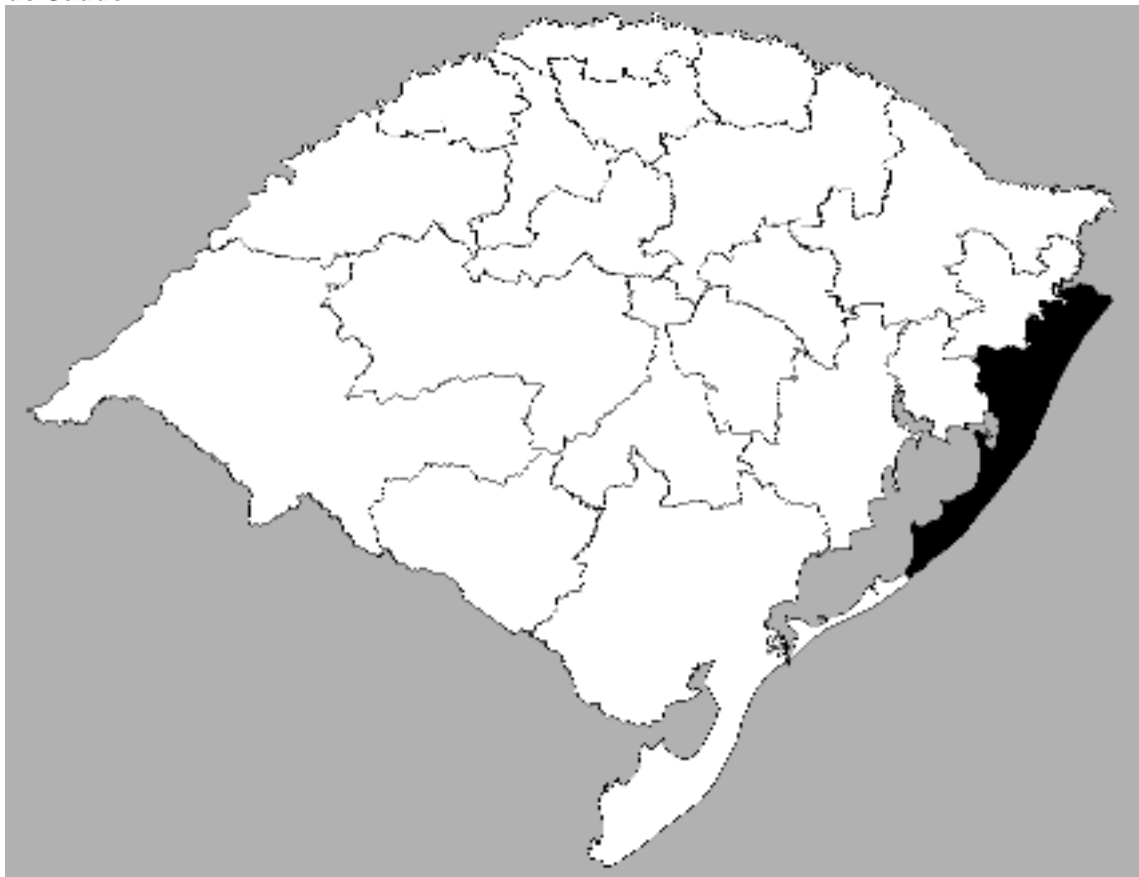
1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
3. OBJETIVOS	20
3.1. OBJETIVO GERAL	20
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	21
5. RESULTADOS	23
5.1. A MORTALIDADE INFANTIL COMO INDICADOR DE SAÚDE	23
5.1.1. No Brasil	23
5.1.2. No Estado do Rio Grande do Sul	25
5.1.3. A Mortalidade Infantil como Indicador na Regional de Saúde de Osório	28
5.2. A MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS E SUA RELAÇÃO COM O PRÉ-NATAL, PARTO E O CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO	32
5.2.1. No Brasil	32
5.2.2. No RS	35
5.2.3. Na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde de Osório	36
6. O PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS MÃES DOS RECÉM-NASCIDOS QUE FORAM A ÓBITO NA REGIONAL DE SAÚDE EM 2008 A 2010	42
7. DISCUSSÃO	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXO A: TABELA ÓBITOS CLASSIFICADOS CONFORME A PORTARIA DO MS Nº 1121 - 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE-PERÍODO-2008 ...	53
ANEXO B: TABELA ÓBITOS CLASSIFICADOS CONFORME A PORTARIA DO MS Nº 1121 - 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE PERÍODO-2009 ...	56
ANEXO C: TABELA ÓBITOS CLASSIFICADOS CONFORME A PORTARIA DO MS Nº 1121 - 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE PERÍODO-2010 ...	59

1. INTRODUÇÃO

O estudo ora apresentado se dará em relação à 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (18ª CRS) que se localiza no Litoral Norte do Rio Grande do Sul (Figura 2). Em extensão territorial vai de Tavares até Torres. A Coordenadoria foi estruturada pelo Governo Estadual em 1994 na região tendo a função de servir de apoio técnico aos 23 municípios, na área de gestão dos serviços de saúde, possuindo como missão a organização da rede regional de saúde nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A região atualmente possui uma população total de 338.846.00 habitantes em que 50,45 são mulheres.

Pela figura 1 podemos ver em negrito a localização da Coordenadoria Regional de Saúde e sua extensão territorial dentro do Rio Grande do Sul (IBGE, 2010).

Figura 1: Mapa do Rio Grande do Sul indicando a localização da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde



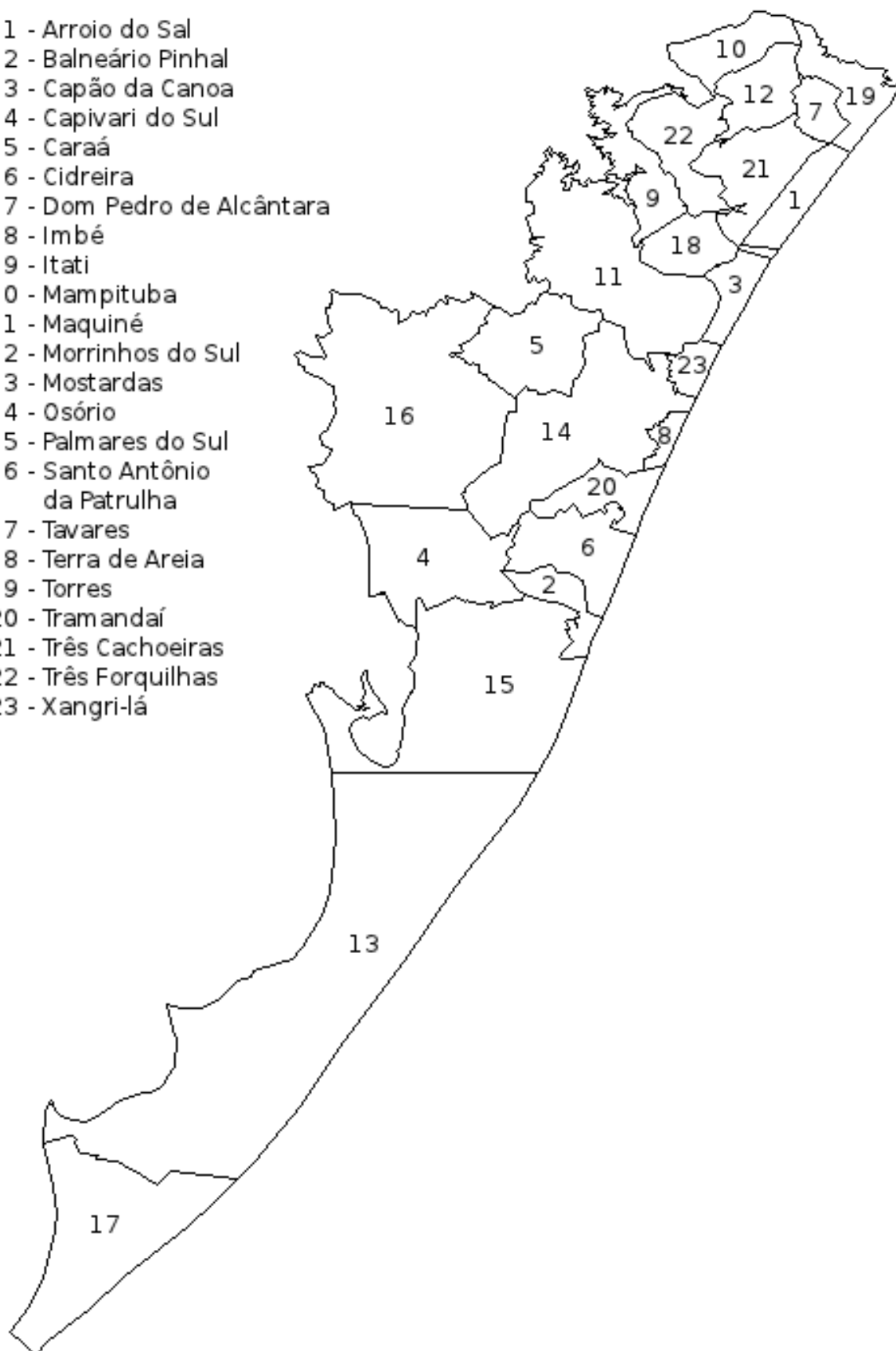
É composta por 23 municípios (Figura 2) com uma característica peculiar em relação a outras regiões do Estado que é ser a referência no verão para os gaúchos. Diante deste fato a sua população quadruplica de dezembro a março de cada ano, trazendo para 12 dos municípios da região a necessidade de reorganização do seu sistema municipal para ofertar serviços a esta população excedente.

Olhando a região em termos populacional, possuímos 11(47%) municípios com pequena população e 12 (52%) municípios com uma população maior, incluindo nestes os de mais de 20.000 mil habitantes. Todos os 23 municípios estão habilitados na plena da atenção básica, com a responsabilidade de implantação e gestão da atenção primária.

Conforme os princípios da regionalização, a região está estruturada em quatro microrregiões, com suas sedes em Osório, Capão da Canoa, Tramandaí e Torres. Estes se tornaram sede de microrregião devido a sua densidade tecnológica e oferta de serviços de média complexidade (internações hospitalares e serviços de diagnose e terapia).

Figura 2: Mapa da 18ª CRS indicando a localização dos Municípios

- 1 - Arroio do Sal
- 2 - Balneário Pinhal
- 3 - Capão da Canoa
- 4 - Capivari do Sul
- 5 - Caraá
- 6 - Cidreira
- 7 - Dom Pedro de Alcântara
- 8 - Imbé
- 9 - Itati
- 10 - Mampituba
- 11 - Maquiné
- 12 - Morrinhos do Sul
- 13 - Mostardas
- 14 - Osório
- 15 - Palmares do Sul
- 16 - Santo Antônio da Patrulha
- 17 - Tavares
- 18 - Terra de Areia
- 19 - Torres
- 20 - Tramandaí
- 21 - Três Cachoeiras
- 22 - Três Forquilhas
- 23 - Xangri-lá



Entender a situação da mortalidade infantil nos municípios da 18ª CRS tornou-se relevante para este estudo por ser um indicador importante para a análise da qualidade da atenção primária e suas ações na linha de cuidado da mulher e da criança. Também por se encontrar muitas dificuldades no cotidiano do trabalho de realizar análises mais profundas do tema, trabalhando em cima de informações sem um estudo ou uma pesquisa.

Este servirá de embasamento teórico para a gestão da Coordenadoria Regional de Saúde através do grupo de monitoramento e avaliação da gestão municipal e aos gestores municipais de saúde servindo como instrumento de tomada de decisão quanto à melhoria das ações desenvolvidas nas políticas de saúde direcionadas à mulher e à criança.

Em suma, este trabalho justifica-se pela necessidade de conhecimento de forma analítica do perfil da mortalidade infantil na Regional de Saúde e em seus municípios e, de uma forma mais ampla, por ser a mortalidade infantil em menores de um ano um compromisso assumido mundialmente para a sua redução até 2015 de forma a cumprir o quarto objetivo do milênio estipulado pela Organização Mundial da Saúde.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A redução da mortalidade infantil é ainda um grande desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu oito objetivos para o milênio em 2000 ao analisar os maiores problemas mundiais em que prevê a redução da mortalidade infantil em 75% até 2015 com base nos índices de 1990. (ONU, 2009)

Além deste, faz parte das metas do compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas o combate à fome e à miséria, educação de qualidade para todos, igualdade entre sexos e valorização da mulher, melhorar a saúde das gestantes, o combate à AIDS, à malária e outras doenças, qualidade de vida e respeito ao meio ambiente, e todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2009).

As discussões da Organização das Nações Unidas basearam-se nos progressos alcançados no mundo com a declaração de ALMA-ATA (2000) para cuidados primários em saúde, com o documento da Organização Mundial de Saúde sobre saúde para todos, assim como o debate da Assembléia Mundial de Saúde sobre ações intersectoriais para o setor saúde.

Como não poderia ser diferente, a mortalidade infantil vem como um dos principais pontos a ser melhorado através de ações e investimentos por parte dos países. Esta é utilizada como um dos indicadores de análise do índice de desenvolvimento humano de um país e de uma região correspondendo ao número de crianças que vão a óbito antes de atingir um ano de vida. (FREITAS, 2011)

A Organização Mundial da Saúde preconiza como aceitável até 10 óbitos por mil nascimentos que poderá variar de cidade, de região e de país, dependendo de vários fatores relacionados ao desenvolvimento cultural, econômico e social. (ONU, 2009)

Aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos ocorrem por causas evitáveis, entre elas, falta de atenção adequada à mulher e à gestante, no parto e também ao recém-nascido. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Conforme o diretor executivo da UNICEF, os dados atuais da mortalidade infantil demonstram avanços na redução da mesma, mesmo em países mais pobres

do mundo, mas alerta que ainda morrem 21 mil crianças por dia no mundo por causas que poderiam ser evitadas. (LAVE, 2011)

A diretora geral da Organização Mundial da saúde declarou que a redução da mortalidade infantil depende de múltiplos fatores, como a melhoria do acesso aos serviços sanitários nas primeiras semanas de vida, a prevenção de doenças infantis, a melhoria da cobertura de imunizações e dos serviços de saneamento. (CHAN, 2011)

A mortalidade infantil em nível mundial caiu 36% nas duas últimas décadas, onde passou de 12 milhões de morte de menores de cinco anos em 1990 para 7,6 milhões em 2010. (UNICEF, 2011).

Mundialmente os maiores índices de mortalidade infantil estão nos países da África Subsaariana onde, apesar dos grandes avanços, o índice de mortalidade infantil ainda é 17 vezes maior que a média apresentada pelos países desenvolvidos, ainda que tenha caído pela metade na última década com relação à anterior. Em segundo lugar, temos índices elevados também nos países que compõem o Continente Asiático e em terceiro lugar estão os países da América Central e América do Sul. (OMS, 2011)

Os melhores índices de mortalidade infantil que ficam em torno de oito óbitos por mil nascidos ou menores do que estes se encontram na América do Norte e na Europa. Alguns países da América Central e Caribe e da América do Sul já alcançaram o preconizado pela OMS, apesar de seu pouco desenvolvimento social e econômico como CUBA que apresenta uma taxa de 4,9, Chile 7,34, Uruguai 9,66 e Argentina 10,81 de óbitos por 1000 nascidos vivos. (FREITA, 2011).

Nos últimos anos, observou-se uma redução importante no risco de morte de crianças menores de 1 ano de vida em todas as regiões do Brasil. No período de 2002 a 2004, a mortalidade infantil diminuiu 7,44%, indo de 26.4 para 22.6. Entre 1990 e 2004 essa redução foi de 52,92%. A melhoria desse indicador, entre outros fatores, reflete a política nacional de atenção à saúde do Ministério da Saúde, principalmente a expansão do Programa Saúde da Família. A redução das doenças infecciosas, particularmente as imunopreveníveis como as infecções causadas pelo *Haemophilus influenza* tipo b e, mais recentemente, as causadas pelo rotavírus; a redução da mortalidade por diarreia; a melhoria das condições ambientais e nutricionais da população têm sido fatores decisivos na mudança do perfil da morbimortalidade infantil. (MINISTERIO DA SAUDE, 2009).

No Brasil ocorreu uma diminuição da taxa de mortalidade infantil principalmente pela queda do componente tardio (crianças maiores que 28 dias e menores de um ano). No período entre 1990 a 2004 a mortalidade por diarreias e por infecções respiratórias diminuiu 67,25% e 49,49%, respectivamente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Verifica-se, entretanto, que persistem grandes diferenças na proporção de declínio da mortalidade infantil entre as diferentes regiões do país. (UNICEF, 2008)

A mortalidade por causas pré-natais representa, atualmente, é o principal contingente das mortes no primeiro ano de vida. Seus fatores causais encontram-se intimamente associados às condições de saúde da gestante e à qualidade dos cuidados prestados durante o pré-natal, o parto e a assistência ao recém-nascido. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2009).

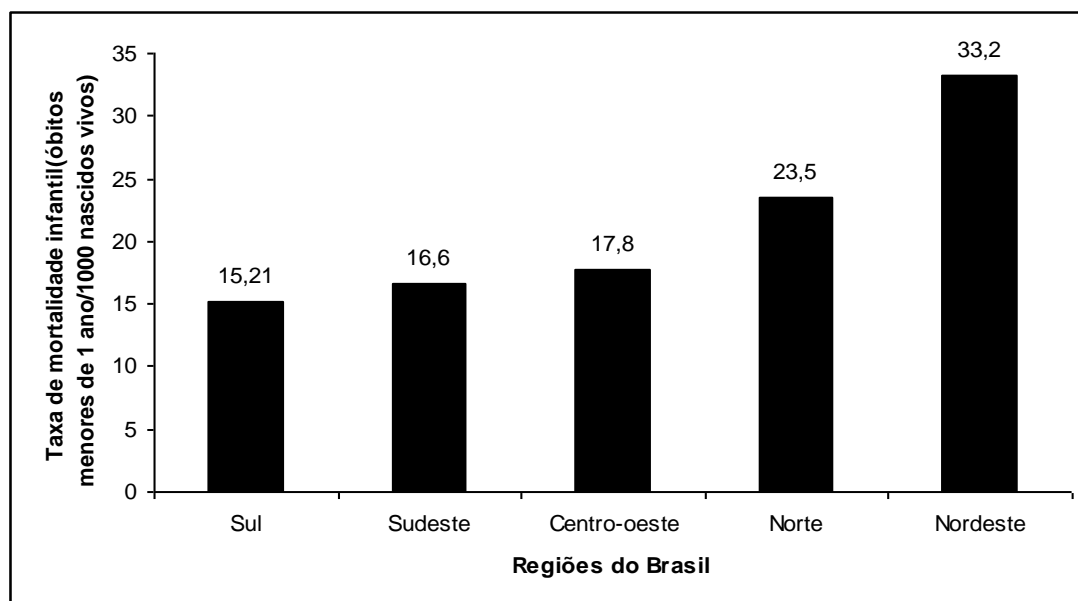
O compromisso do Brasil com os objetivos do milênio e o Pacto pela Saúde de 2006 colocam como prioritárias as ações que se dirigem à redução da mortalidade infantil tendo sido pactuado estas pelos 191 Estados Membro das Nações Unidas com o objetivo de reduzir em 2/3 a mortalidade em menores de 5 anos até o ano de 2015. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2008).

Nos últimos anos houve vários esforços desenvolvidos pelo Brasil para a promoção da saúde da criança, resultando em queda na taxa de mortalidade infantil com expressiva diminuição das taxas de desnutrição e óbitos por doenças diarreicas e pneumonias em todas as regiões brasileiras. Os níveis atuais da mortalidade infantil são considerados ainda elevados e incompatíveis como o desenvolvimento do País, havendo sérios problemas a serem superados como as persistentes e notórias desigualdades regionais e interurbanas, com a concentração de óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O Brasil vem avançando na redução da mortalidade infantil, mas ainda é preciso grande esforço para enfrentar as diferenças regionais e alcançar patamares aceitáveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A maior queda da mortalidade infantil foi em relação à região sul, principalmente no estado do Rio Grande do Sul em que este tem a menor taxa do Brasil, estando as maiores taxas de nosso País nas regiões Norte e Nordeste, como podemos ver pela figura 3. (FREITAS, 2011).

Figura 3: Mortalidade Infantil (óbitos em menores de 1 ano/1000 nascidos vivos) por Região do Brasil



O pacto pela redução da mortalidade infantil é um compromisso do governo federal para acelerar a redução das desigualdades no Nordeste e na Amazônia legal tendo o governo federal como objetivo reduzir em, no mínimo 5% ao ano, a mortalidade infantil (crianças menores de um ano de idade) especialmente o componente neonatal (até 27 dias de nascido) nos anos de 2000 a 2010. “O Brasil tem a meta de até 2015 reduzir a taxa atual para 17,9 óbitos por mil nascidos vivos”. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2008).

Neste sentido, as reduções futuras na mortalidade infantil no País estão cada vez mais dependentes do que possa vir a ocorrer com o Nordeste, principalmente quando se sabe dos obstáculos impostos pelas condições sociais e econômicas de suas populações à obtenção de reduções mais consistentes da mortalidade. (IBGE, 1999).

Atualmente o Brasil está entre os 16 países (em um grupo de 68 países) em condições de atingir a quarta meta dos objetivos do milênio. Poderá chegar a 14,4 mortes por mil nascidos vivos em 2012, três anos antes da data limite fixados pela ONU. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Um dos grandes desafios para o futuro é melhorar as condições de nascimento para os bebês, já que 70% das mortes de menores de cinco anos acontecem no primeiro mês de vida e destas, 40% ocorrem durante a primeira semana de vida (0 a 6 dias), deixando claro que a taxa de mortalidade de bebês e de crianças até cinco anos de idade caiu de 101 óbitos por mil nascimentos em 1990 para 74 em 2007. (OMS, 2011).

O Rio Grande do Sul vem apresentando o menor coeficiente de mortalidade infantil (CMI) entre os estados brasileiros. A queda do CMI é resultado de ações bem definidas e executadas por uma rede de serviços de saúde estruturada e organizada, com cobertura em todos os municípios do estado e, também, de melhores condições socioeconômicas da população. O Rio Grande do Sul tem como meta promover o nascimento seguro e saudável, através da regulação dos nascimentos conforme o risco apresentado pela gestante em hospital resolutivo e qualificado, assegurando ao recém-nascido acesso oportuno à atenção qualificada de baixa, média e alta complexidade, conforme suas necessidades em parceria com a Seção Saúde da Mulher, o Departamento de Atenção Hospitalar e Ambulatorial, o Centro Estadual de Vigilância em Saúde, as Coordenadorias Regionais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. (SES, 2010)

O Estado do Rio Grande do Sul, desde 2007, em seus planejamentos, tem com o objetivo de reduzir a taxa da mortalidade infantil em um dígito, ou seja, atingir o CMI inferior a 10/1000 até 2010. (SES, 2008) O objetivo de reduzir um dígito tomando como referência a taxa de 12,0 de 2009 continua contemplado no plano Estadual de Saúde. (SES, 2009)

A 18ª Coordenadoria Regional de Saúde como extensão da SES/RS no litoral tem como meta, em relação à mortalidade infantil, manter a taxa de 10, conforme o plano regional de saúde e de acordo com os parâmetros da Organização Mundial de Saúde, com referencial da política de saúde da criança e do adolescente. A redução da mortalidade infantil tem sido o objetivo principal de todas as políticas públicas voltadas para as crianças, tanto no nível nacional quanto estadual, atendendo às orientações da OMS, no Pacto para o Milênio, e ao princípio da equidade do SUS. (SES, 2010).

Para tanto, o Rio Grande do Sul e a 18ª Coordenadoria Regional de Saúde para cumprir os mesmos itens tem como referencial teórico, filosófico e estratégico a implementação da Rede Cegonha, conforme a Portaria do Ministério da Saúde Nº.

1.459 de 20 de junho de 2011 que estabelece através desta a rede de cuidados materno-infantil em todo o Brasil. (SES, 2011).

O Rio Grande do Sul ocupa a terceira posição no Índice de Desenvolvimento Humano entre os estados do país, desfrutando de alta qualidade de vida. Segundo critérios da Organização das Nações Unidas, o IDH gaúcho é de 0,869, reflexo da menor mortalidade infantil do Brasil, das altas taxas de alfabetização (90,5%) e de excelentes condições de saneamento básico e saúde. A taxa de analfabetismo é de 6,65%. Em 2005, o Estado do Rio Grande do Sul obteve um Índice de Desenvolvimento Socioeconômico – IDESE – de 0,7611, mantendo estabilidade em relação ao ano anterior. (SES, 2009)

O Índice de Desenvolvimento Infantil é um instrumento desenvolvido pelo UNICEF com o objetivo de monitorar a situação da primeira infância nas regiões, estados e municípios brasileiros, servindo como ponto de partida para uma análise dos problemas da primeira infância sob um enfoque integrador que considera a própria natureza da criança e seu desenvolvimento dentro do ciclo de vida. O IDI mede as condições de vida da população de 0 a 6 anos e foi divulgado pelo UNICEF no "Caderno Brasil". O indicador é formado por quatro variáveis, sendo uma delas a escolaridade dos pais. O levantamento do UNICEF cruzou dados de escolaridade das mães com a taxa de mortalidade infantil. A relação é direta: entre as mães com menos de 4 anos de estudo, a taxa é de 34,9 mortes no primeiro ano de vida, a cada mil bebês nascidos vivos. Nada menos do que 131% maior do que a taxa de mortalidade entre mães com oito anos ou mais anos de escola, que é de 15,1. Claro que há outros fatores: nas famílias cujas mulheres estudaram mais, a renda tende a ser maior e conseqüentemente, as condições de vida são melhores. A escala do IDI vai de 0 a 1, sendo 1 a nota máxima, como ocorre com o Índice de Desenvolvimento Humano. O IDI do Brasil ficou em 0,733 em 2008. O IDI do Rio Grande do Sul em 2006 era de 0,739. (UNICEF, 2008)

As mortes em menores de um ano de idade, além de estarem estritamente relacionadas, de um lado com a oferta de redes de saúde, atenção básica, cuidados com o pré-natal e o parto, estas têm uma relação também muito sólida com o grau de escolaridade da mãe, o grau de informação que a família tem. Além destes fatores, a mortalidade infantil também está associada à educação, ao padrão de renda familiar e à informação das mães. (TEMPORÃO 2011).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar a mortalidade infantil e suas causas nos municípios da 18ª Coordenadoria Regional de 2000 a 2010.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Calcular a taxa atual da mortalidade infantil por município, por faixa etária e por causa na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde;
- Comparar a taxa de mortalidade infantil da 18ª Coordenadoria regional de saúde com os índices alcançados em nível estadual, nacional e internacional;
- Relacionar as causas evitáveis e sua ocorrência ao pré-natal, ao parto e ao cuidado do recém-nascido até um ano de idade.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A 18ª Coordenadoria Regional de Saúde pertence à região metropolitana de Porto Alegre com população de 338.846.00 habitantes. Dados levantados do IBGE censo 2010 no <http://www.ibge.gov.br/cidades>. A metodologia que foi utilizada foi à análise temporal da mortalidade infantil na região da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde mediante a série histórica de 2000 a 2010. A base das informações deste estudo foi obtida através de dois sistemas de informação governamental: do Ministério da Saúde o DATASUS e da Secretária Estadual de Saúde o NIS (núcleo de informação em saúde). Do Ministério da Saúde - DATASUS¹ obtiveram-se as informações sobre o número de óbitos, a faixa etária por componente neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardia (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias); as mortes por causas evitáveis pelo sistema de saúde reduzível por adequado controle na gravidez, reduzíveis por adequada atenção ao parto, as reduzíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce (RN) e as reduzíveis por parcerias com outros setores.

Para a classificação destas foi usado como instrumento a Portaria/MS nº. 1.121 de 17/06/02. Do SINASC² (sistema de informação de nascidos vivos), foram levantadas as informações do número de nascidos vivos do Brasil. Em relação aos nascidos vivos, cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal do Rio Grande do Sul e da Regional de saúde foi utilizado o núcleo de informação da Secretaria Estadual da Saúde do RS em www.saude.rs.gov.br/estatísticas de mortalidade e nascimento. O número absoluto de partos e proporção de gestantes que realizaram o parto nos hospitais da região foi retirado do SIH³ (sistema de informação hospitalar), hospitalares da SES/RS. Para a compilação dos dados foram usados os programas Excel para o cálculo da mortalidade infantil em forma de planilhas. Para as tabelas apresentadas no estudo foi utilizado o programa do Word usando os recursos de formatação de tabelas e para os gráficos foram usados os recursos disponíveis no sistema Excel. Para a obtenção dos dados relativos à cor, escolaridade, idade da mãe dos recém-nascidos que foram a óbito foi o DATASUS em

¹ www.datasus.gov.br/informaçõesemsaúde/estatísticasvitalis/óbitos
² www.datasus.gov.br/estatísticasvitalis/nascidos
³ www.saude.rs.gov.br/DAHA/Informações

www.datasus.gov.br/óbitosinfantis/RS. As investigações dos óbitos feitas pelos municípios da CRS foram utilizadas para o levantamento de informações sobre a renda familiar.

5. RESULTADOS

5.1. A MORTALIDADE INFANTIL COMO INDICADOR DE SAÚDE

5.1.1. No Brasil

A taxa de mortalidade infantil tem diminuído muito nas últimas décadas no Brasil, no entanto continua ainda com um índice elevado cerca de 20 mortes/mil nascimentos. Se comparado a outros países, esta fica mais evidente que há muito no que melhorar. No Brasil a taxa atual da mortalidade infantil é semelhante a países desenvolvidos na década de 60, e cerca de três vezes a seis vezes maiores de que a de países como Japão (TMI 2,78) e Canadá (TMI 4,98), pois em países de menor desenvolvimento os índices são melhores que os brasileiros como em Cuba, Chile e Costa Rica que apresentam taxas entre 3 e 10/1000 nascidos vivos. (FREITAS, 2011)

Apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade permanece como uma das grandes preocupações em saúde pública. O BRASIL, de 1990 a 2007 reduziu a sua taxa de mortalidade infantil de 47,1 óbitos por mil nascimentos, para 19,3/1000 com uma redução média de 59,0%. Esta diminuição contou com diversos fatores entre os quais se destacam: o aumento do acesso ao saneamento básico, queda da fecundidade, melhoria das condições de vida, da segurança alimentar e nutricional e do grau de instrução da mulher, maior acesso a serviços de saúde e ampliação da cobertura de estratégia de saúde da família, avanço das tecnologias médicas, em especial as imunizações e terapia de hidratação oral, o aumento da prevalência do aleitamento materno, entre outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

A média anual da taxa de mortalidade infantil no País foi de 4,8% ao ano entre 1990 a 2007, tendo o componente pós-neonatal (28 dias a um ano de vida) apresentado a maior queda (7,3%) e o componente neonatal precoce (0 a 6 dias) a menor 3,1% ao ano. A mortalidade infantil neonatal (0 a 27 dias) passou a ser o principal componente de cuidado em termos proporcionais a partir do final da década de 80. Este representa entre 60% a 70% da mortalidade infantil em todas as

regiões do Brasil atualmente. A maior parte dos óbitos neonatais ocorre no período neonatal precoce do nascimento até 6º dia de vida, e cerca de um quarto dos óbitos ocorre no primeiro dia de vida. Isto evidencia a estreita ligação entre os óbitos infantis e a assistência ao parto e nascimento, que é predominantemente hospitalar no Brasil, com poucas exceções em algumas localidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Entre 2000 e 2007 morreram 443.946 crianças menores de um ano de idade no Brasil. No Nordeste foram 144.003 e na Amazônia legal 76.916. Estas duas regiões somaram 220.919 óbitos ou quase 50% do total dos óbitos nacionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Mesmo as regiões com as menores taxas de mortalidade infantil pós-neonatal em torno de 4,4/1000, como as regiões sul e sudeste apresentam taxas que correspondem à taxa de mortalidade infantil total de alguns países como o Japão (TMI 2,78). (UNICEF, 2008).

Pela tabela 1 podemos ver de que 72% dos óbitos ocorridos de 2000 a 2010 foram no componente neonatal precoce e tardia.

Tabela 1: Percentual de Óbitos por Componente no Brasil

<i>Ano</i>	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Neonatal Precoce (0 a 6 dias)	50%	51%	50%	50%	50%	51%	52%	51%	52%	52%	53%
Neonatal Tardia (7 a 27 dias)	13%	13%	14%	14%	15%	15%	15%	16%	15%	16%	16%
Pós-Neonatal (28 a 364 dias)	36%	34%	34%	33%	35%	33%	32%	31%	31%	31%	30%

Fonte- DATASUS- Cálculo (óbitos por faixa etária/óbitos total de menores de 1 ano/100)

5.1.2. No Estado do Rio Grande do Sul

A mortalidade infantil no Rio Grande do Sul apresentou uma tendência histórica de queda observada desde 1970. Na última década, a partir de 1997, o coeficiente de mortalidade teve uma estagnação em elevados índices de 17 óbitos/1000 nascidos vivos no ano de 2003. Este indicador era incompatível com a oferta de serviços, com o avanço tecnológico dos mesmos e com a qualidade de vida observada no RS. Mas, a partir de 2004, inicia-se novamente um processo de queda da mortalidade após sete anos de estagnação, diminuindo consideravelmente o seu índice de 17/1000 para 12,1/1000 em 2010. (SES, 2008).

Conforme o plano estadual de saúde do Rio Grande do Sul (2009/2011, p.158) em relação aos óbitos de menores de 5 anos, os dados do SIM/NIS/DAS/SES-RS 2007 nos mostram que ocorreram 1.992 óbitos (Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos -TMM5 14,9). Deste total, 1.697 foram óbitos em crianças menores de 1 ano de vida (Coeficiente de Mortalidade Infantil - CMI 12,7).(SES, 2009)

Conforme os dados estatísticos de informação em saúde em 2009, tivemos um total de nascidos vivos de 133.570; destes ocorreram 1538 óbitos (taxa de mortalidade 1524 foram óbitos em crianças menores de 1 ano de vida apresentando uma taxa de 11,5. (SES, 2010)

O Rio Grande do Sul apresentou de 2005 a 2009 a menor taxa da série histórica de 12,0 em 2009 óbitos/1000 nascidos vivos. (SES, 2010).

Na tabela 2 podemos ver de que o RS apresentou uma taxa média de 14 ± 2 óbitos por 1000 nascidos vivos no período de 2000 a 2009.

Tabela 2: Taxa de Mortalidade Infantil (Óbitos ≤ 1 ano / 1000 nascimentos vivos) - Rio Grande do Sul período: 2000-2009

<i>Regional de Saúde</i>	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Média	Desvio padrão
RS	15	16	16	16	15	14	13	13	13	12	14	2
Porto Alegre-01	15	15	14	14	13	12	12	12	12	11	13	1
Porto Alegre-02	14	15	14	15	15	13	11	11	13	9	13	2
Pelotas	18	20	21	20	19	18	16	12	16	15	17	3
Santa Maria	16	14	16	14	13	14	14	12	15	11	14	2
Caxias do Sul	11	13	12	14	15	14	13	11	12	12	13	1
Passo Fundo	17	18	18	19	19	13	12	13	14	10	15	3
Bagé	22	25	18	20	22	14	15	17	14	14	18	4
Cachoeira do Sul	13	19	16	17	13	16	17	20	15	11	16	3
Cruz Alta	18	19	22	21	18	16	12	17	12	17	17	3
Alegrete	22	21	23	24	22	19	18	18	14	13	19	4
Erechim	11	12	14	19	16	13	15	16	13	10	14	3
Santo Ângelo	14	16	17	17	13	14	12	15	12	12	14	2
Santa Cruz do Sul	19	18	17	19	16	14	16	13	13	12	16	3
Santa Rosa	13	13	16	10	14	14	12	12	14	9	13	2
Palmeira das Missões	14	22	17	22	24	14	15	14	12	11	16	5
Lajeado (16 ^a)	14	11	14	12	15	12	13	10	12	12	12	2
Ijuí (17 ^a)	12	11	10	13	13	11	11	13	10	13	12	1
Osório (18 ^a)	14	12	14	17	10	12	13	13	11	11	12	2
Frederico Westphalen	14	15	18	15	17	18	11	13	15	14	15	2
Média	15	16	16	17	16	14	14	14	13	12		
Desvio padrão	3	4	3	4	4	2	2	3	2	2		

Fonte: NIS/SES

Entre os óbitos ocorridos em 2009 antes do primeiro ano de vida, 766 ocorreram no período neonatal (Coeficiente de Mortalidade Neonatal - CMN 5,4) e 354 no período infantil tardio (Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardio – CMIT 2,3). (SES, 2011)

Ainda há 47% dos óbitos ocorrendo na primeira semana de vida, 19,82% entre 7 e 28 dias de vida, 32,77 % entre 28 dias e 1 ano, 38% de óbitos de nascidos vivos com peso inferior a 1500g; 42% de óbitos de nascidos vivos com peso ao nascer superior a 2500g e 84% 159 do total de óbitos vinculados aos critérios de risco de adoecer ou morrer antes de um ano de vida. (SES, 2011)

No Rio Grande do Sul, o componente neonatal (precoce e tardia) representa no seu total 7,5/1000 dos óbitos ocorridos em menores de 1 ano, conforme podemos ver na tabela 3, e em percentual 66% dos óbitos conforme a tabela 4.

Diante dos dados levantados, o percentual de óbitos na faixa etária de 28 a 364 dias no componente neonatal tardia é bastante expressivo, representando 30% das mortes em menores de 1 ano.

Tabela 3: Taxa da Mortalidade Infantil (óbitos em menores de 1 ano/1000 nascidos vivos) Componente no RS

<i>Mortalidade Infantil no RS</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Taxa Neonatal precoce (0 a 6 dias)	6,6	6,3	5,95	6,1	5,4	5,4
Taxa Neonatal Tardia (de 7 a 27 dias)	2,5	2,4	2,3	2,5	2,3	2,1
Taxa Pós-neonatal (27 a 364 dias)	4,5	4,3	4,4	4,0	3,7	3,7

Fonte: DATASUS-Cálculo (nº. de óbitos por componente/nº de óbitos total em menores de 1 ano/1000)

Tabela 4: Percentual da Mortalidade Infantil (óbitos em menores de 1 ano/1000 nascidos vivos) Componente no RS

<i>Mortalidade Infantil no RS</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
% Neonatal Precoce (0 a 6 dias)	48,76	48,62	46	48,5	47	47,98
% Neonatal Tardia (7 a 27 dias)	18,28	18,5	18,32	19	20	18,5
% Pós-neonatal (27 a 364 dias)	32,9	32,8	34	31	32	33,5

Fonte-NIS/SES/RS Calculo (n° de óbitos por componente/ n° de óbitos total em menores de 1 ano x100)

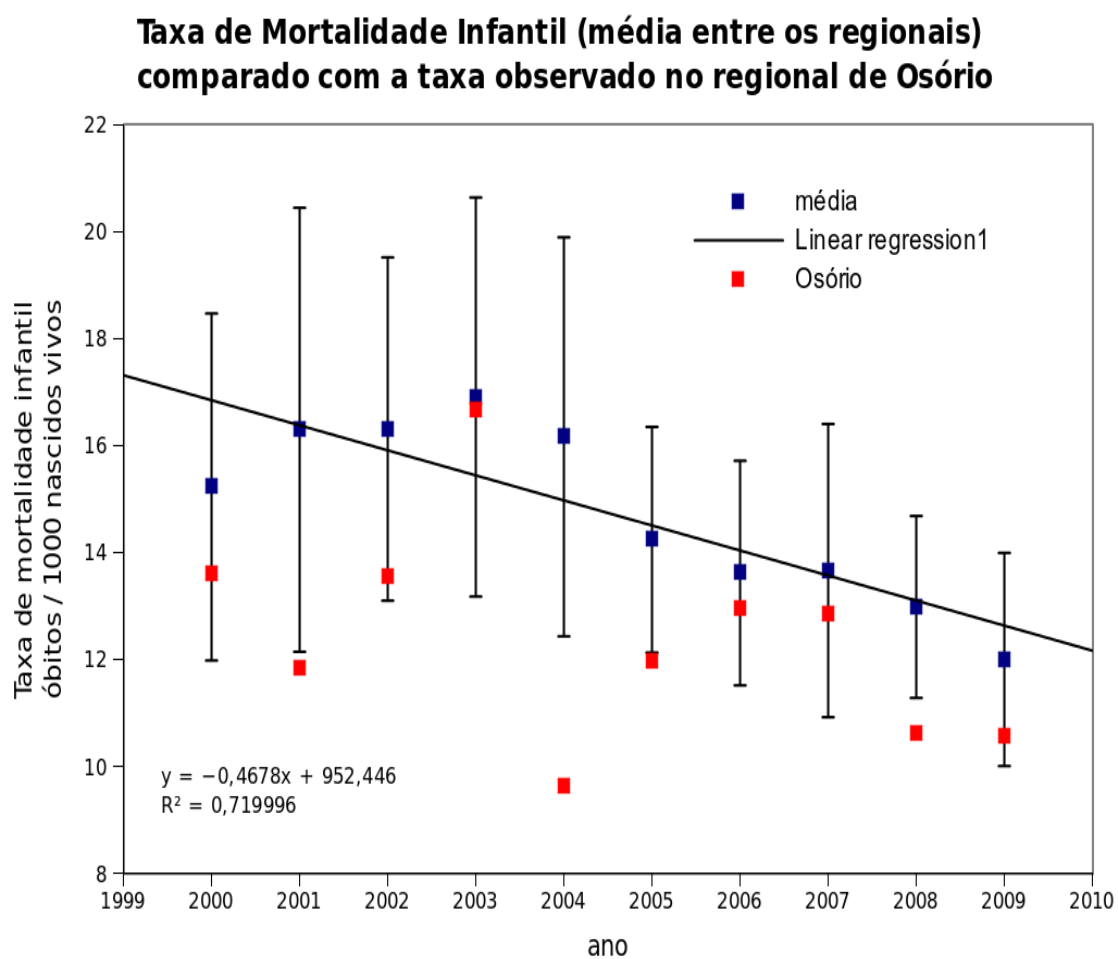
5.1.3. A Mortalidade Infantil como Indicador na Regional de Saúde de Osório

A morte em menores de um ano na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde também teve um processo de queda como no Brasil e no RS. Houve uma redução significativa de 2000 com uma taxa de 14,0 para uma taxa de 10,5% em 2010. No total de óbitos ocorridos em menores de um ano na regional de Saúde, verifica-se de que em 2008, 2009 e 2010 ficaram em torno de 11/1000 nascidos vivos, apresentando uma média de 2005 a 2010 de 12 ± 2 (desvio padrão) óbitos por 1000 nascimentos. (SES, 2010)

A 18ª Coordenadoria Regional de Saúde está entre as três coordenadorias que apresentaram a menor taxa de mortalidade, conforme demonstrado na tabela 2 e na figura 4 e 5 junto com a 16ª e a 17ª. (SES, 2011)

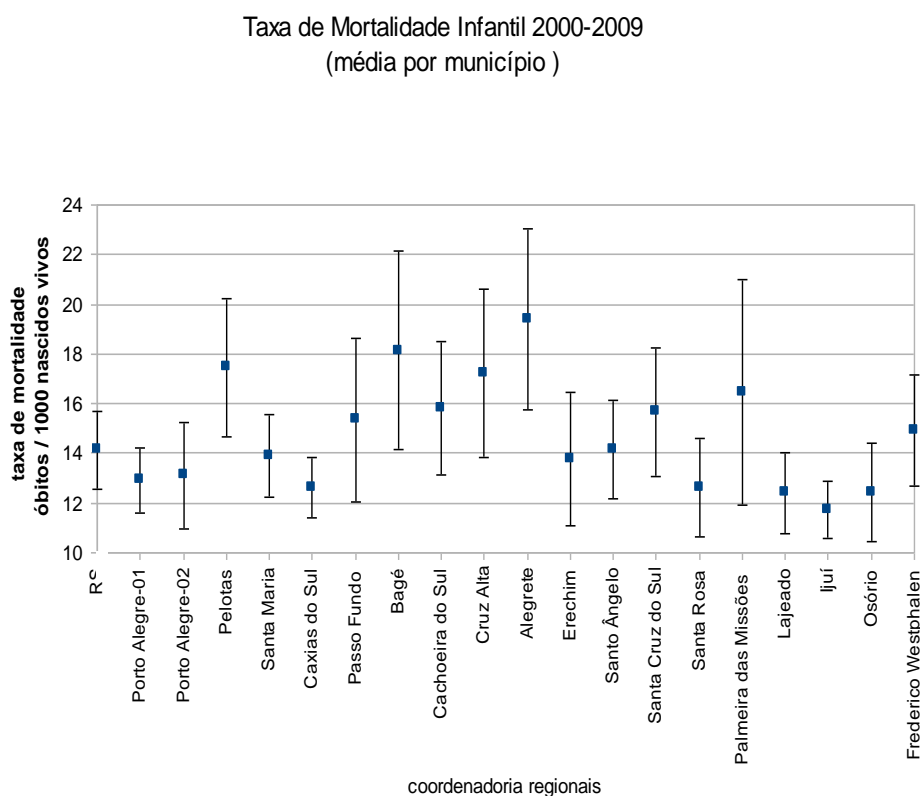
Através da figura 4 e 5 podemos ver claramente como a média da regional se comportou de 2000 a 2010 em relação às outras coordenadorias regionais.

Figura 4: Taxa de Mortalidade Infantil (óbitos em menores de 1 ano/1000nascidos vivos) Média entre as Regionais 2000 a 2009



Fonte: NIS/SES

Figura 5: Taxa de Mortalidade Infantil (óbitos em menores de 1 ano/1000 nascidos vivos) Média entre as Regionais-2000 a 2009



Na tabela 5, está demonstrado o número absoluto de óbitos ocorrido na Coordenadoria regional de Saúde na serie histórica de 2000 a 2010, contribuindo para este total em primeiro lugar Tramandaí com um percentual de 16,96%; em segundo lugar Capão da Canoa com 15,49%; em terceiro lugar Santo Antonio da Patrulha com 12% e Torres com 11,74%; quarto lugar Osório com 10%, e em quinto lugar Mostardas e Imbé com 4%. Estes municípios são responsáveis por 75% das mortes de crianças menores de 1 ano. Pela média de taxa, percentual e número absoluto de óbitos, os municípios de Tramandaí, Capão da Canoa e Santo Antonio da Patrulha lideram as mortes em menores de 1 ano na regional.

Na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde predomina o componente neonatal nas mortes em menores de 1 ano. Neste o perfil predominante de mortes em menores de um ano se concentra na faixa neonatal precoce de 0 a 6 dias.

Conforme os dados apresentados na tabela 5, o componente pós-neonatal (28 a 364 dias) ficou acima da neonatal apenas em 2003 na Coordenadoria regional de saúde como o componente principal de morte em menores de 1 ano. Em relação aos óbitos e seus componentes, de 2008 a 2010, não ocorreram óbitos pós-neonatal (28 a 364 dias).

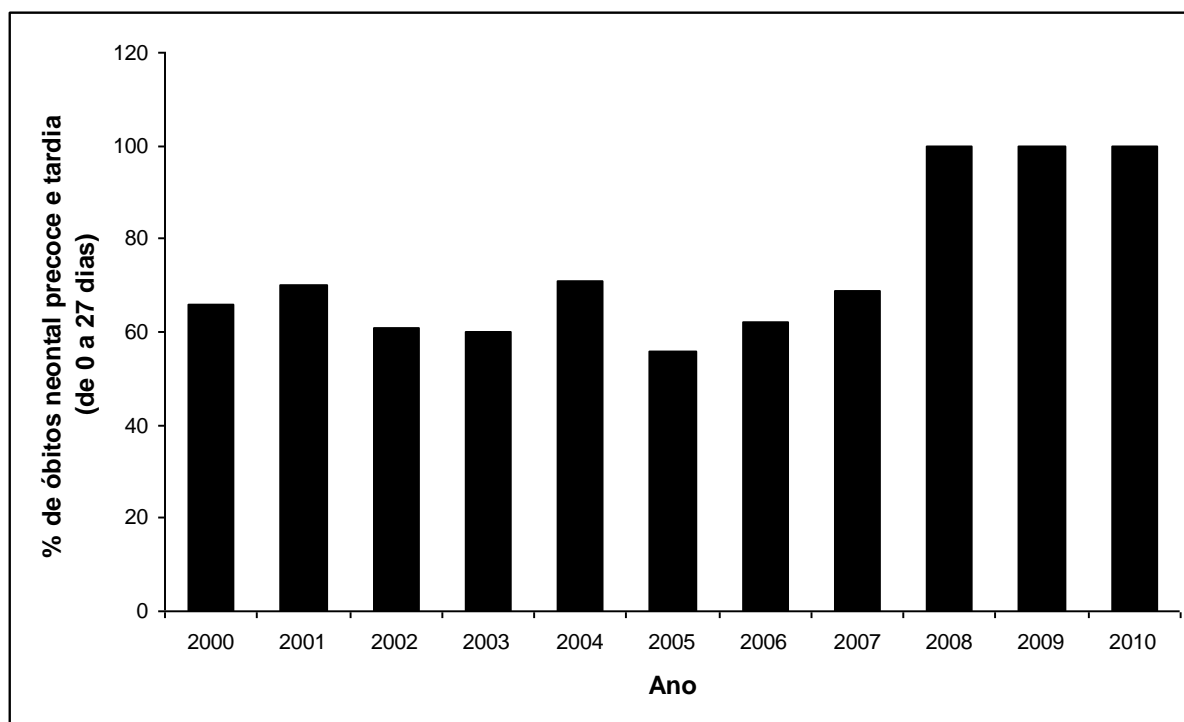
Podemos ver, conforme a tabela 6, o percentual de óbitos neonatal precoce e tardia que ocorreram na regional de saúde de 2000 a 2010, confirmando a predominância deste nesta série histórica. Pelo número absoluto parece que são poucos os óbitos ocorridos, mas quando se observa melhor, tendo o percentual como referência, este nos dá uma realidade mais visível.

Tabela 5: Número Absoluto de Óbitos na Regional de Saúde

<i>Ano</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Neonatal Precoce (0 a 6 dias)	31	35	29	26	29	21	25	30	27	32	31
Neonatal Tardia (7 a 27 dias)	16	6	9	18	4	9	11	9	18	15	14
Pós-neonatal (28 a 364 dias)	24	17	24	35	13	23	20	14	0	0	0

Fonte: DATASUS

Figura 6: Percentual de Óbitos Neonatal Precoce de 0 a 27 dias na Regional de Saúde



Fonte: NIS/SES

5.2. A MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS E SUA RELAÇÃO COM O PRÉ-NATAL, PARTO E O CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO

5.2.1. No Brasil

As causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas conforme como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época. (MALTA, 2007).

A magnitude das causas relacionadas à assistência à gestação, ao parto, e ao recém-nascido demonstra a importância da melhoria do pré-natal e nascimento para a redução da mortalidade infantil no Brasil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Um dos desafios para cumprir a meta de redução da mortalidade infantil e a necessidade de qualificação das urgências emergências obstétricas e neonatais no País. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

De 2000 a 2010, no Brasil, aproximadamente 51,40% dos óbitos infantis aconteceram até 6 dias de idade, 16% entre 7 e 27 dias e 33,43% entre 28 dias a 1 ano de idade. (MINSITÉRIO DA SAUDE, 2009).

A Portaria 1.121 de 17/06/02 faz uma definição dos óbitos evitáveis onde elenca vários grupos de causa de mortes em nascidos até um ano. Óbitos evitáveis são aqueles que poderiam ser evitados com ações no decorrer da gestação ou após o nascimento. Um levantamento de mortes evitáveis pode fornecer aos gestores da saúde informações para reduzir a taxa de mortes infantis. Altas proporções de causas evitáveis como motivos do óbito infantil revelam precariedade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Este indicador serve para avaliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde e subsidiar o planejamento e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde da criança e da gestante. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O levantamento das causas de mortes é feito através da investigação do óbito que é realizada pelo local em que ocorreu o mesmo. Este apresenta algumas limitações como: a sub notificação dos óbitos até um ano de idade e erros nos dados na declaração de óbitos como idade da criança, causas de mortes mal definidas. Podemos verificar na série histórica abaixo na tabela 8 que em 2010 ainda contamos com um percentual no Brasil bem levado de mortes por causas evitáveis, apesar de ter havido uma redução significativa desde 2005. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Tabela 6: Percentual de Causas Evitáveis pelo Sistema de Saúde no Brasil

<i>Ano</i>	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total de Óbitos	50.970	47.718	44.808	43.554	42.074	39.638
Total de Óbitos por causas evitáveis	36.091	33.375	30.908	30.072	29.042	26.014
%	70,80	69,94	68,97	69,36	69,0	65,62

Fonte- DATASUS- Sistema de Mortalidade (nº de óbitos por causas evitáveis/total de óbitos em menores de 1 ano x 100)

Tabela 7: Percentual de Morte por Grupo de Causas evitáveis no Brasil

<i>Ano</i>	2006	2007	2008	2009	2010
Reduzíveis por adequado controle na gravidez	19,73	20,45	9,78	10,38	22,91
Reduzíveis por adequada atenção ao parto	13,80	13,74	13,19	13,33	14,08
Reduzíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce (RN)	52,30	53,80	57,27	58,27	58,14
Reduzíveis por parcerias com outros setores	27,01	26,94	27,62	27,04	30,95

Fonte- DATASUS- Sistema de Mortalidade (nº. absoluto de causas evitáveis por grupo/total de óbitos em menores de 1 ano x 100)

Em relação ao percentual de participação de cada grupo de causa nas mortes ocorridas no Brasil, as predominantes são as reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido, tendo sido responsável numa série histórica desde 2004 a 2010 por 53% e por atenção a gestante por 20%.

A causa por parcerias com outros setores apresenta na série histórica um percentual importante e um aumento de 30% em 2010. Cabe salientar que estas causas são aquelas referentes a situações de risco social no primeiro ano de vida,

assim como a reduzível por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, onde estão o acompanhamento e ações destinadas ao recém-nascido conforme tabela 7.

5.2.2. No RS

O Rio Grande do Sul apresenta um percentual de causas evitáveis em relação ao total de óbitos em menores de 1 ano bem elevado, apesar da diminuição dos mesmos, ficando com uma média de 60,38 de 2005 a 2010, conforme podemos ver na tabela 8. Em relação às causas evitáveis pelo sistema de saúde de 2005 a 2010 ficaram em torno de 56% as causas evitáveis reduzíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce do RN e, em segundo lugar, em torno de 20% as atenções à gestante, tendo aumentado de 2006 para 2010. O percentual de parto fica em terceiro lugar, tendo diminuído na série histórica bem como as reduzidas por parcerias com outros setores conforme demonstrado na tabela 9. Em 2009 e 2010, no Estado, diminui o número de óbitos por causas evitáveis, mas também houve uma queda dos óbitos totais de menores de 1 ano.

Tabela 8: Total de Óbitos Evitáveis em menores de 1 ano no Rio Grande do Sul

<i>Ano</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Total de óbitos geral/RS	2005	1852	1697	1723	1538	1486
Total de óbitos evitáveis/RS	1.178	1079	1.041	1.021	972	929
% de óbitos evitáveis	58	58,2	61,3	59,2	63,1	62,5

Fonte: NIS/SES

Tabela 9: Percentual de Mortes por Grupo de Causas Evitáveis pelo Sistema de Saúde no RS

<i>Ano</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Reduzíveis por adequado controle na gravidez	23,91	21,51	23,60	24,38	25,61
Reduzíveis por adequada atenção ao parto	14,17	14,40	13,61	14,81	12,91
Reduzíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce (RN)	55,42	55,33	56,31	52,98	55,00
Reduzíveis por parcerias com outros setores	12,06	13,06	9,9	10,90	10,44

Fonte: DATASUS-SIM (nº. absoluto de causas evitáveis por grupo/total de óbitos em menores de 1 ano x 100)

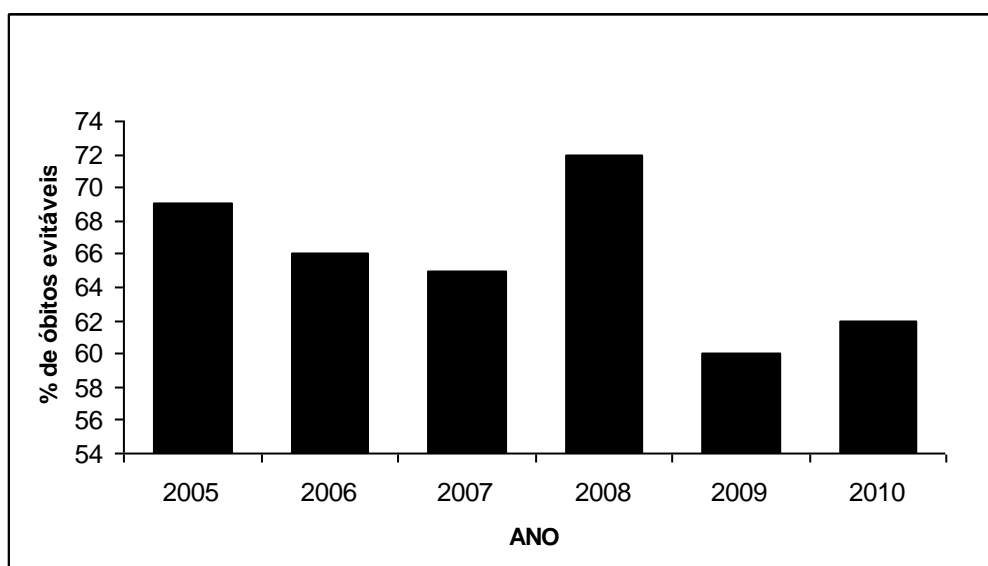
5.2.3. Na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde de Osório

Na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde, o perfil de causas não é diferente em relação ao Estado e ao Brasil como um todo. Na tabela 10 podemos ver em nº. absoluto os óbitos totais e o nº. de óbitos evitáveis na Regional de Saúde em menores de 1 ano. Na Figura 7 apresenta-se o percentual de mortes por causas evitáveis em relação ao total de óbitos em menores de 1 ano que é bastante elevado, ficando de 2005 a 2010 na média de 74,59% acima da média do Brasil e do RS. Na regional, em relação aos grupos de causas conforme a Portaria nº. 1.121, predomina o mesmo perfil do resto do País e do Estado do RS em termos de causas evitáveis, conforme podemos ver na tabela 11 sendo o maior percentual de causas evitáveis o relacionado à prevenção, diagnóstico e tratamento adequado que se elevou bastante em 2010 ficando em 82%. É bastante clara a redução em relação ao parto, caindo o percentual em aproximadamente 8%.

Tabela 10: Percentual de Óbitos Evitáveis pelo Sistema de Saúde Regional de Saúde-18^a

<i>Ano</i>	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total de Óbitos/CRS	52	56	52	43	45	45
Total de óbitos Evitáveis/CRS	36	37	34	23	27	28

Fonte: NIS/SES

Figura 7: Percentual (%) do Número de Óbitos Evitáveis da Regional de Saúde

Fonte: NIS/SES

Tabela 11: Percentual das Causas por Grupo Evitáveis pelo Sistema de Saúde na 18ª CRS

	2006	2007	2008	2009	2010
<i>Ano</i>					
Reduzíveis por adequado controle na gravidez	16,10	20,58	26,08	18,51	7,14
Reduzíveis por adequada atenção ao parto	10,81	0	17,39	18,51	7,14
Reduzíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce (RN)	59,45	61,76	73,91	48,14	82,0
Reduzíveis por parcerias com outros setores	21,6	14,70	17,39	14,81	7,14

Fonte: DATASUS-SIM (nº. absoluto de causas evitáveis por grupo/total de óbitos em menores de 1 ano x 100)

No anexo A, B e C estão descritos e classificados os óbitos ocorridos na regional de saúde em 2008, 2009 e 2010 por município, causa, evitabilidade e sua relação com o pré-natal, parto e atenção ao recém-nascido. Esta se faz necessária para que se possa verificar que realmente a maioria dos óbitos são evitáveis e estão relacionadas à assistência principalmente a atenção à gestante e ao recém-nascido.

Nestas tabelas, está identificado através das investigações dos óbitos infantis que as causas dos mesmos se concentram em três grupos: a prematuridade, más formações congênitas, asfixias (problemas respiratórios vinculados à qualidade de assistência que é oportunizada à gestante no pré-natal, e a atenção ao recém-nascido por ocasião do parto). Também se ressalta a assistência ao bebê até um ano de idade, já que o percentual da neonatal tardia é bem significativo.

Na Regional de saúde houve um aumento gradativo da ocorrência de partos nos hospitais da região que podemos ver de forma contundente pela tabela 12. Em 2009 tivemos na Regional 4.187 gestantes e foram realizados 63% dos partos SUS nos hospitais da região, e em 2010 tivemos 4.282 e destas, 65% fizeram o parto nos mesmos.

Tabela 12: Partos por Município e Ano

<i>Município de internação</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Tramandaí	744	787
Capão da Canoa	748	775
Torres	521	604
Osório	476	429
Santo Antônio da Patrulha	154	228
Total	2643	2823

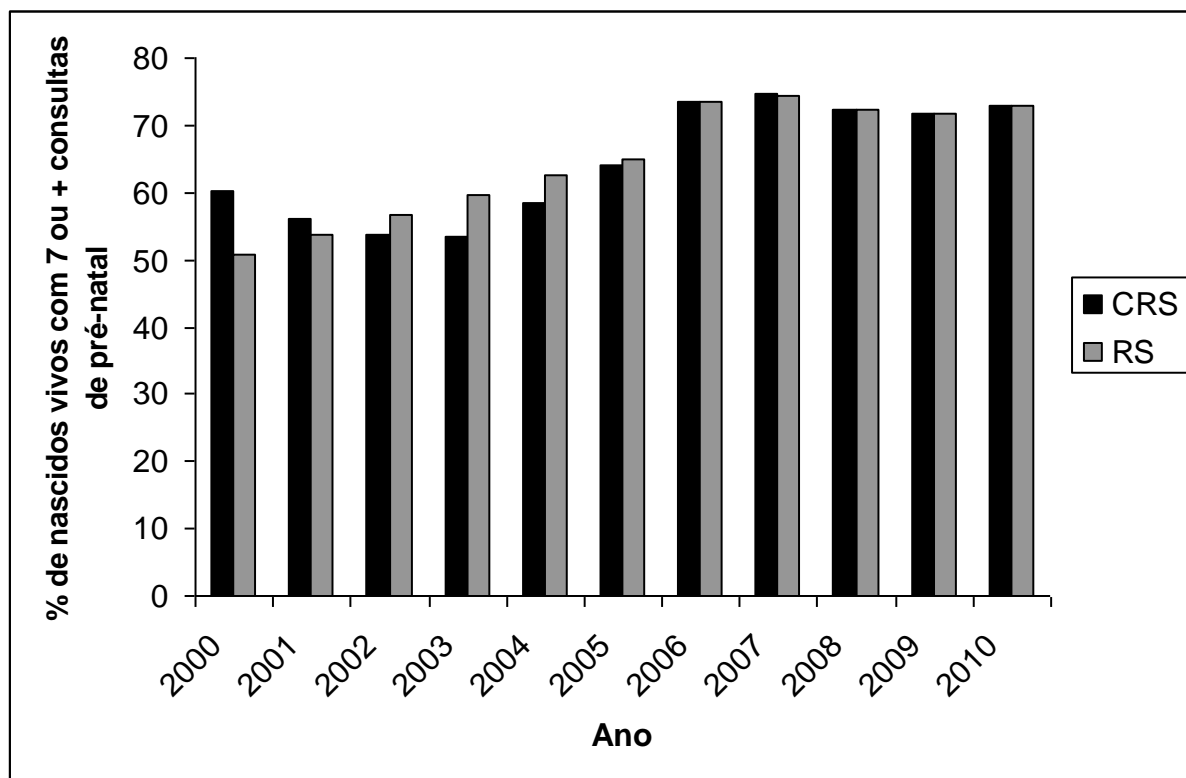
Fonte: SES/SIH/DAHA

Tabela 13: Proporção de gestantes que realizaram o parto no município de sua residência

<i>Município Residência</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
Arroio do Sal	92,2	85,5	93,0
Balneário Pinhal	88,0	83,9	81,4
Capão da Canoa	91,4	92,5	89,2
Capivari do Sul	25,0	35,1	34,4
Caraá	60,0	73,2	90,6
Cidreira	82,0	75,9	84,0
Dom Pedro	92,3	92,9	84,6
Imbé	92,5	89,7	86,8
Itati	88,9	90,9	94,1
Mampituba	100,0	93,1	95,2
Maquine	97,7	95,6	93,1
Morrinhos do Sul	90,0	92,3	85,7
Mostardas	24,7	56,0	44,7
Osório	95,2	93,3	94,2
Palmares do Sul	50,5	51,6	55,2
Santo Antônio	55,1	72,5	82,2
Tavares	14,3	25,0	31,3
Terra de Areia	79,2	85,9	97,0
Torres	91,8	94,4	94,3
Tramandaí	94,5	97,1	94,0
Três Cachoeiras	86,7	89,1	87,5
Três Forquilhas	47,8	62,5	52,6
Xangri-lá	93,9	90,5	96,3
18ª CRS	83,9	86,3	87,0

Pela tabela 13 podemos ver que houve aumento na ocorrência de partos na região e que apenas 13-16% das gestantes fazem seu parto fora da CRS. Os municípios que apresentam um percentual baixo são os que, pela localização geográfica, remetem para Porto Alegre. A oferta de consultas de pré-natal na região feita pelos 23 municípios aumentou gradativamente na série histórica apresentada. Mesmo com este aumento em relação às consultas de pré-natal não se alcança o preconizado pela pactuação da atenção básica (SISPACTO) que é 80%. Mas, mesmo assim, a regional apresenta um percentual muito expressivo estando acima da média do Estado, conforme demonstrado na figura 8.

Figura 8: Percentual de Nascidos Vivos com 7 ou + consultas de pré-natal na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde



Fonte: NIS/SES

6. O PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS MÃES DOS RECÉM-NASCIDOS QUE FORAM A ÓBITO NA REGIONAL DE SAÚDE EM 2008 A 2010

Para a avaliação do perfil socioeconômico das famílias onde ocorreram os óbitos no Brasil, no Rio Grande do Sul e na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde, foram usados as seguintes variáveis: cor, escolaridade, idade da mãe. Sobre a renda familiar, foi possível o levantamento apenas dos óbitos da CRS dos anos de 2008, 2009 e 2010 devido a estes dados não estarem disponíveis no DATASUS, tendo sido levantados na regional através das investigações realizadas pelos municípios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Diante do levantamento, foi possível obter os seguintes dados na série histórica em relação às mães dos recém-nascidos que foram a óbito: no Brasil, em relação à cor das mães predominou a branca em 72%, a escolaridade predominou na faixa de 4 a 7 anos com 22,6% e com 20% de 8 a 11 anos, a idade das mães ficou na faixa de 20 a 24 anos com 21%, e na faixa de 15 a 19 com 18%. No Rio Grande do sul, a cor predominante foi a branca com 75%, a escolaridade predominou com 31% na faixa de 4 a 7 anos de escolaridade e 23% de 8 a 11 anos de escolaridade e a idade da mãe ficou de 20 a 24 anos com 20%, e de 15 a 19 com 18%. Na regional de saúde predominou a cor branca com 79%, na idade das mães, a maioria ficou na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 16% de 20 a 24 anos e 15% de 15 a 19 anos. Quanto à escolaridade da mãe, predominou a faixa de 4 a 7 anos de frequência escolar com 23 % e de 8 a 11 anos com 16%. A renda familiar na série histórica de 2008 a 2010 das famílias em que houve óbitos ficou em torno de 40% de 1 a 3 salários mínimos e 32% até 1 salário mínimo.

7. DISCUSSÃO

Os resultados de acordo com os indicadores apresentados neste estudo mostram que a mortalidade infantil no mundo, no Brasil, no Rio Grande do Sul e na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde apresenta o mesmo perfil de mortes em menores de um ano predominando o componente neonatal e que destas, 70% em média, ocorrem por causas evitáveis.

Na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde de 2000 a 2010, houve uma redução estupenda de uma taxa de 14/1000 nascidos vivos para 10,5/1000 nascidos vivos em 2010. A taxa de 10,5 está dentro dos parâmetros preconizado pela Organização Mundial de Saúde, podendo esta ser comparada com vários Países desenvolvidos.

Na região, esta taxa demonstra o sucesso do trabalho que vem sendo desenvolvido pela Coordenadoria Regional de Saúde na implementação de serviços para o atendimento das necessidades das gestantes e dos bebês.

Esta redução está atrelada ao crescimento e desenvolvimento dos sistemas municipais, através da qualificação da atenção primária ofertada pelos 23 municípios, bem como na melhoria do sistema regional de saúde como um todo.

Podemos afirmar que houve uma evolução muito grande dos sistemas municipais de saúde e do sistema de saúde regional em relação à oferta de serviços nestes dez anos estudados.

Este índice coloca a regional de saúde entre as três coordenadorias com menor taxa de mortalidade infantil, contribuindo para que o Estado mantenha sua taxa em 12 ± 2 .

Apesar dos grandes avanços que a regional teve nestes dez anos quanto à redução da taxa nas mortes em menores de 1 ano, ainda predominam as causas evitáveis, estando estas relacionadas à adequada atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido. Estes itens nos mostram que ainda temos que melhorar estas práticas de atendimento na linha de cuidado da gestante e do bebê com o intuito de prevenir a ocorrência das mesmas. As causas de morte em menores de 1 ano que ocorreram segundo as tabelas no anexo A, B e C apontam-nos a prematuridade e o baixo peso como causas que estão intimamente ligadas e relacionadas a atenção ao pré-natal.

Estas situações de risco são altamente preveníveis se forem ofertadas ações de prevenção e diagnóstico adequadas na gestação e cuidado qualificado ao recém-nascido.

Outro ponto importante neste estudo ora apresentado é a predominância do componente neonatal precoce de 0 a 27 dias nas mortes de menores de 1 ano chegando a 100% nos últimos três anos.

Podemos relacionar este fato com o colocado na revisão teórica de que a mortalidade pós-neonatal (28 a 364 dias) no mundo e do Brasil foi à faixa em que houve mais redução em função da melhoria das ações básicas de saúde, não sendo diferente em relação ao perfil da regional de saúde.

Estas mortes estão como já foi apresentado pelas suas causas relacionadas ao pré-natal e ao nascimento, sugerindo a melhoria na linha de cuidado da gestante, com ações de reestruturação dos serviços materno-infantil e da capacitação dos profissionais da rede primária e da área hospitalar.

A avaliação que se faz diante de todos os indicadores é a de que o problema a ser enfrentado não é a falta de acesso da gestante à consulta de pré-natal, mas sim à qualidade da atenção que é ofertada as mesmas, com interface à qualidade de assistência ao parto principalmente o de alto risco.

Na qualificação da atenção básica podemos verificar a melhoria na cobertura de consultas de pré-natal e na assistência hospitalar o aumento do número de partos realizados na região em função da melhoria nos hospitais

A assistência ao parto ainda é um item de estrangulamento na linha de cuidado da gestante em nossa região, tendo melhorado muito em função do investimento financeiro que houve por parte do Estado junto aos Hospitais da região. Este investimento foi necessário para que houvesse a qualificação de infraestrutura, equipamentos e recursos humanos, a fim de que se aumentasse a realização de partos na região, principalmente os de baixo risco, que podemos verifica pelos dados de que este objetivo está sendo paulatinamente alcançado.

Mas mesmos com as melhorias já descritas podemos ver pelas tabelas do anexo A, B e C de que em 2008 70% dos óbitos ocorreram fora da região, em 2009 foram 45% e em 2010 53%. Estes percentuais demonstram a falta ainda de estrutura na região para abarcá-la os partos de alto risco, onde ocorrem à maioria dos óbitos.

Podemos fazer uma correlação entre a cobertura de consultas de pré-natal e os municípios em que ocorreram mais óbitos, demonstrando de que são também os

que não conseguem atingir no mínimo 80% que é preconizado para o acompanhamento de gestantes pelo SUS.

A série histórica do Rio Grande do Sul melhorou bastante e da regional de saúde também em termos de cobertura de consultas de pré-natal, apesar de não alcançarem o mínimo. Verifica-se de que poucos são os municípios que alcançaram os 80% de cobertura na região. A captação das gestantes precocemente têm sido um grande problema e um nó do sistema para o alcance desta meta. Mas, mesmo assim, tem-se um percentual muito expressivo estando acima da média do Estado.

Este aumento do percentual do acompanhamento das gestantes com consultas de pré-natal na região deve-se à qualificação da atenção básica dos municípios em relação à saúde da mulher e da criança em termos de recursos humanos e infraestrutura.

Mas isto não é suficiente para se ter uma boa qualidade do pré-natal e acompanhamento das gestantes. Todos os indicadores que se tem servem para mostrar que deverá haver um maior investimento financeiro e de qualificação dos processos de trabalho das equipes, seja na atenção básica, seja na área hospitalar, para reduzir a mortalidade infantil.

Têm-se ainda vários nós para um atendimento em rede na linha de cuidado da gestante e da criança, principalmente em relação à gestante de alto risco, carecendo de densidade tecnológica na área, e onde a maioria dos óbitos da região se concentra pela prematuridade, vindo este de encontro ao indicador de que o componente predominante é o neonatal precoce de 0 a 6 dias.

Esta parte da linha de cuidado à gestante e ao recém-nascido foi a menos qualificada na região em função de seu alto custo. As causas reduzíveis por assistência qualificada ao parto tiveram uma redução importante na região, evidenciando o investimento feito em termos de recursos financeiros por parte do Estado nos hospitais do Rio Grande do Sul e da regional.

Entretanto o aporte de recursos financeiros repassados aos municípios para qualificar as ações da atenção primária em ficou abaixo da necessidade e relegado a um nível secundário na prioridade estabelecida pelo Estado do Rio Grande do Sul.

A questão da capacitação entra de certa forma, numa discussão relativa à formação dos profissionais para a rede do SUS, que se trata de outro ponto de estrangulamento do sistema, pois são formados profissionais nas universidades para trabalhar na assistência privada e não para o Sistema Único de Saúde. E, mudar

conceitos e comportamentos profissionais formados dentro de concepções adversas ao SUS somente será possível em longo prazo.

Defende-se a idéia de que com ações muito simples poderão se reduzir as causas da mortalidade infantil, mas para tanto deverá ser repensados os processos de trabalho das equipes da atenção primária e das equipes hospitalares dos serviços materno-infantis.

Foram abordados os processos de trabalho das equipes da atenção básica e das equipes dos hospitais da região como o foco principal, pois são estas as responsáveis pelo cuidado da gestante no município e na hora do parto, merecendo total atenção como foco de melhoria e de capacitação na linha de cuidado. Dentro deste processo é de suma importância a implantação e utilização do referencial teórico da política de humanização preconizado pelo ministério da Saúde, como grande instrumento de modificação de comportamento e visão em relação a essa rede de atenção e linha de cuidado.

O fortalecimento da atenção primária tem que ser incentivado, uma vez que esta atende a uma série de prerrogativas em relação ao cuidado da gestante e da criança. As mortes precoces em menores de um ano podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde infelizmente inexistentes em algumas regiões do Brasil. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas à qualidade de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde.

Os dados obtidos em relação ao perfil sócio-econômico e educacional das mães ressaltam que a mortalidade infantil não pode estar dissociada da melhoria das condições sócio-econômica. Estes fatores são uns desafios para os gestores de saúde e as equipes de saúde da atenção primária, pois, muitas vezes não levam em consideração em suas intervenções junto às gestantes e suas famílias estes fatores.

Em relação à idade, vê-se que há um percentual significativo de mães na adolescência e que estas, pela condição adolescente, suas nuances físicas e emocionais refletem muito no cuidado consigo e com o recém-nascido, aumentando o risco de mortalidade. Além deste, o nível de renda familiar influencia muito, não proporcionando a esta o direito a bens de consumo necessários para uma vida digna, com uma alimentação saudável, acesso à escola e aos meios de comunicação, a uma moradia de qualidade com saneamento básico. Com certeza,

quanto maior o nível de escolaridade da mãe ou da família, melhor será seu nível de emprego e renda e conseqüentemente uma melhor condição de vida.

Podemos relacionar a prevalência da escolaridade das mães na faixa de 4 a 7 anos de frequência no País, no RS e na CRS com o que é arguido pela UNICEF, de que a mortalidade infantil é maior nas mães com baixa escolaridade com apenas 4 a 7 anos de frequência escolar, enquanto aquelas com mais de 8 anos foram apenas 16% dos óbitos. Realmente, confirma-se este dado estando à mortalidade infantil nas mães com mais de 8 anos de frequência escolar no País, no RS e na CRS na média de 19%, enquanto a frequência de 4 a 7 anos ficou em 23%.

Estes dados mostram que a mortalidade infantil não pode estar dissociada do aspecto social, econômico, cultural e educacional. Portanto, a melhoria das condições socioeconômicas das famílias é imprescindível, sendo a mortalidade um indicador transversal a outras políticas principalmente em relação à educação e o aumento do poder de renda das mesmas.

Os dados em relação ao perfil socioeconômico são importantes para subsidiar as intervenções na linha de cuidado da gestante, e nos mostram de que as famílias que tiveram os óbitos são vulneráveis socialmente.

Portanto esta realidade aponta para a necessidade de identificação precoce e acompanhamento diferenciado da gestante com vulnerabilidade social, estratégia de saúde que deve ser potencializada com articulações intersetoriais.

Para serem enfrentados os problemas ainda apresentados na linha de cuidado da mulher e da criança no Brasil e a redução da mortalidade infantil, o Governo Federal, através de implantação das redes no SUS, de acordo com o decreto 7.508 de 22 de junho de 2011 e conforme a Portaria nº. 1.459 de 20 de junho, o Ministério da Saúde instituiu no âmbito do SUS, a Rede Cegonha como estratégia para a reestruturação da linha de cuidado da população feminina, mais especificamente as gestantes e da criança até dois anos de idade.

Através desta, o Ministério da Saúde assume o compromisso de investimento financeiro em todo o País para ofertar atendimento de qualidade às gestantes e à criança. A linha de cuidado da gestante e da criança prevê quatro componentes a serem trabalhados que são:

- a) Componente 1-qualificação do pré-natal;
- b) Componente 2-qualificação do parto e nascimento;
- c) Componente 3-Puerpério;

d) Componente4-Logístico-transporte.

Em 2011, inicia-se um processo de discussão e implantação no RS da Rede Cegonha como um dos componentes da Política de Atenção Integral à saúde da Mulher. É um projeto de organização em rede e propõe a discussão dos processos de trabalho e do modelo de atenção, visando à melhoria da atenção prestada à gestante e à criança até dois anos de idade. Esta rede deverá ser implantada no Estado do RS, na região metropolitana incluindo a 18ª Coordenadoria Regional de Saúde. A mesma estará voltada para a oferta de ações mais qualificadas através dos seguintes pontos:

- a) A captação precoce da gestante;
- b) Qualificação da atenção, acolhimento às intercorrências;
- c) Avaliação do risco gestacional e vulnerabilidade;
- d) Acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno;
- e) Vinculação da gestante ao local de realização do parto;
- f) Qualificação do sistema e da gestão da informação e de implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

Diante destes, pode-se verificar que estes pontos vêm ao encontro de todos os dados levantados sobre a mortalidade infantil neste estudo. Ainda tem-se um grande nó na captação precoce, principalmente no primeiro trimestre de gestação e na capacitação da avaliação de risco gestacional e sua vulnerabilidade dos profissionais da rede de atenção primária e hospitalar.

Portanto, conclui-se com este trabalho que a mortalidade infantil em menores de um ano na regional de saúde nestes dez anos estudados é um sucesso pelo índice atual e sua redução apesar de todos os nós críticos ainda enfrentados na região na qualificação da atenção primária, bem como no atendimento a nível hospitalar as gestantes e ao recém-nascido.

Mas mesmo com todo este sucesso sabemos que muito se tem a realizar para a melhoria da linha de cuidado da mulher a nível municipal e regional para que consigamos chegar a ter apenas 5 óbitos por 1000 nascidos vivos.

Portanto para alcançarmos esta meta a Coordenadoria Regional de Saúde deverá qualificar a atenção primária com a implantação da estratégia de saúde da família como modelo principal de atenção em saúde que atualmente está estagnada em 47% de cobertura, o programa “A Primeira Infância Melhor” atualmente

implantado em apenas 5 municípios, bem como o programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FRANCO, Túlio Batista e FRANCO, Camila Maia. **Linhas de Cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde**. 2003.

IBGE. Departamento da População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas Informação demográfica e Socioeconômica número 2. **Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil**. Série II. Rio de Janeiro 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. **Cidades-população 2010**. Disponível em <www.ibge.gov.br>-[IBGE](http://www.ibge.gov.br) Acesso em 21 dez 2011.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO SUSTENTÁVEL DA PUC MINAS. Coleção de Estudos Temáticos sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Objetivos 4,5 e 6. **Reduzir a mortalidade infantil, Melhorar a saúde materna e Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças**. Belo Horizonte. Edição 2004.

Lista de Estados do Brasil por IDH. Brasil. Disponível em www.wikipedia.org/Wikipédia acesso em 12 fev 2012.

MALTA, Carvalho Débora *ET AL*- **Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil** - Secretaria de vigilância em saúde. MS-Brasília-DF-2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Sistema de Informação de Mortalidade Infantil**. Disponível em: www.datasus.gov.br Acesso em 03 jan 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal**. Ed.2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conheça o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, 2008**. Disponível em: da.portal.saude.gov.br Acesso em 21 dez 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto nº 7.508 de 21 de julho de 2011. 1ª edição

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Índice de desenvolvimento humano Brasileiro: Mortalidade infantil no Brasil**. Disponível em www.brasilecola.com/brasil/idh Acesso em 21 dez 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Redução da Mortalidade Infantil**. Disponível no Portal da Saúde - www.de.gov.br/portal/saude/cidadao Acesso 13 jan 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação de Nascidos vivos**. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em 04 jan 2012.

OPAS. **Carta de Ottawa**. Disponível em: www.opas.org.br/ Acesso em 02 jan 2012.

OPAS. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: www.opas.org.br/ Acesso em 23 dez 2011.

PASCHE, Dário Frederico. **Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o fortalecimento da Atenção Básica**. Cadernos Humaniza SUS. MS. **Reduzir a mortalidade na infância no Brasil e no mundo**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm/objetivo-4> Acesso em 19 dez 2011.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL - **Plano Estadual de Saúde-2010/2011**.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Manual de assistência ao Pré-natal. Normas e Manuais Técnicos de Assistência ao Pré-natal e Norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento**. 2005.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Núcleo de Informação de saúde do RS/estatísticas de nascimento e mortalidade**. Disponível em www.saude.rs.gov.br. Acesso em 14 nov 2011, 23 nov 2011 e 03 dez 2011.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Sessão de Saúde da Mulher. Plano de Ação Regional na Região Metropolitana da Implantação da Rede Cegonha**. 2011. [Desfazer](#)

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Plano da Política de Atenção à Criança e ao Adolescente**. 2010.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Programa Viva Criança**. (2008) Disponível em www.saude.rs.gov.br.rs. Acesso em 23 nov 2011.

TEMPORÃO, José Gomes. **Desafio é mudar gestão diz Temporão**. Disponível em: www.ihu.unisinos.br Acesso em 22/12/2011.

TEMPORÃO, José Gomes. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/99/. Acesso em 10 fev 2012.

UNICEF- **Caderno Brasil**. 2008.

UNICEF. **Mortalidade infantil teve queda de 36% nas últimas décadas**. Disponível em veja.abril.com.br/noticia/saude/mortalidade-infantil Acesso 01 dez 2011.

UNICEF. **O índice de desenvolvimento infantil (IDI)**. Disponível em: www.unicef.org/brasil/pt/SIB3 Acesso em 10 fev. 2011

Veja a queda da mortalidade infantil no mundo. Disponível em <http://opiniãoenoticia.com.br/vida/comportamento> Acesso em 21 dez 2011.

WEBER, Demétrio. **Baixa escolaridade das mães aumenta a mortalidade infantil**,2009. Disponível em: anoseguerreiros.blogspot.com. Acesso em 12 fev. 2012.

**ANEXO A: TABELA ÓBITOS CLASSIFICADOS CONFORME A PORTARIA DO
MS Nº 1121 - 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE-PERÍODO-2008**

Município	Mun. de ocorrência	Idade	Componente	Causa	Evitável/Não evitável
Balneário Pinhal	Porto Alegre	4 horas	Neonatal precoce	Prematuridade primária do Recém nascido	Evitável >Qualidade PN
Capão da Canoa	Capão da Canoa	3 meses	Pós-neonatal	Cardiomegalia/insuficiência cardiorrespiratória	Não evitável
Capão da Canoa	Porto Alegre	1 mês	Pós-neonatal	Septicemia NE, prematuridade	Evitável >Qualidade PN
Capão da Canoa	Porto Alegre	6 dias	Neonatal precoce	Insuficiência cardíaca neonatal, Septicemia, insuficiência respiratória do RN	Evitável >Qualidade PN
Capão da Canoa	Porto Alegre	18 horas	Neonatal precoce	MBP SARA RN, Septicemia, hipertensão gestacional	Evitável >Qualidade PN
Capão da Canoa	Porto Alegre	58 dias	Pós-neonatal	Doença de Hirschsprung, cirurgia reparadora, septicemia	Evitável > atenção ao RN
Capão da Canoa	Tramandai	6 dias	Neonatal precoce	Insuficiência Renal, choque séptico, hiponatremia, hiperplasia adrenal congênita.	Não evitável
Capão da Canoa	Porto Alegre	1 mês	Neonatal tardia	Choque séptico, enterocolite necrotizante, prematuridade extrema.	Evitável >Qualidade PN
Capão da Canoa	Capão da Canoa	2 meses	Neonatal tardia	Causa indeterminada	Evitável
Capão da Canoa	Porto Alegre	10 minutos	Neonatal precoce	Prematuridade extrema	Evitável >Qualidade PN
Capão da Canoa	Tramandai	1 dia	Neonatal precoce	Acidose metabólica, choque séptico, pneumonia extensa	Evitável >Qualidade PN
Capivari do Sul	Porto Alegre	5 meses	Pós-neonatal	Septicemia, BCP, Malformação cardíaca, síndrome de Down	Não evitável
Imbé	Tramandaí	4horas	Neonatal precoce	Septicemia membrana hialina, prematuridade extrema, infecção materna	Evitável >Qualidade PN
Imbé	Imbé	3meses	Neonatal tardia	Malformação cardíaca, síndrome de Down	Não evitável
Imbé	Porto Alegre	3horas	Neonatal precoce	Hipoplasia pulmonar bilateral, agenesia renal bilateral, oligodrâmio	Não evitável
Mampituba	Canoas	1mês	Pós-neonatal	Bronquite aguda	Evitável >atenção a Criança
Maquiné	Tramandaí	14 dias	Neonatal precoce	Septicemia, crises convulsivas, hipertensão pulmonar, aspiração de mecônio	Evitável >Qualidade PN
Mostardas	São José do Norte	1dia	Neonatal precoce	Disritmia cardíaca neonatal, síndrome da angustia respiratória do RN/prematuridade	Evitável >Qualidade PN
Mostardas	Mostardas	2 horas	Neonatal	Prematuridade	Evitável

			precoce		>Qualidade PN
Osório	Tramandaí	2dias	Neonatal precoce	Pneumotórax/prematuridade, infecção materna, baixo peso	Evitável >Qualidade PN
Osório	Tramandaí	7dias	Neonatal precoce	Insuficiência Cardíaca/ fechamento de canal arterial, cardiopatia congênita, septicemia	Não evitável
Osório	Porto Alegre	4meses	Pós-neonatal	Insuficiência Respiratória, bronqueolite por adenovírus, BCP, trombose veia cava superior, prematuridade	Evitável >Qualidade PN
Osório	Porto Alegre	6meses	Pós-neonatal	Asfixia mecânica, sufocação indireta.	Evitável >atenção ao Parto
Palmares do Sul	Porto Alegre	5horas	Neonatal precoce	Isoimunização/prematuridade	Evitável >Qualidade do PN
Palmares do Sul	Porto Alegre	5meses	Pós-neonatal	Asfixia ao nascer não espec.	Evitável >atenção ao Parto
Santo Antonio da Patrulha	Porto Alegre	2meses	Pós-neonatal	Insuficiência respiratória aguda, anencefalia	Não evitável
Santo Antônio da Patrulha	Porto Alegre	23dias	Neonatal tardia	Insuficiência respiratória, septicemia, MBP	Evitável >Qualidade do PN
Santo Antônio da Patrulha	Porto Alegre	1 mês	Pós-neonatal	Malformação congênita de Mss/septicemia MBP	Não evitável
Santo Antônio da Patrulha	Porto Alegre	7 dias	Neonatal precoce	Malformação cardíaca/síndrome de Down/ prematuridade	Não evitável
Santo Antônio da Patrulha	Porto Alegre	19 dias	Neonatal tardia	Septicemia de Membrana hialina, BP, prematuridade extrema, insuficiência Renal aguda.	Evitável >Qualidade do PN
Santo Antônio da Patrulha	Santo Antônio da Patrulha	18 dias	Neonatal tardia	Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade	Evitável
Tavares	Rio Grande	20 minutos.	Neonatal precoce	Hipóxia intra-uterina	Evitável >Qualidade do PN
Terra de Areia	Porto Alegre	2 dias	Neonatal precoce	MBP, asfixia ao nascer, septicemia	Evitável >PN e Parto
Torres	Porto Alegre	2 dias	Neonatal precoce	Insuficiência Respiratória, prematuridade Extrema/gestação de gemelar	Evitável >Qualidade do PN
Torres	Porto Alegre	8 dias	Neonatal tardia	Insuficiência respiratória, prematuridade extrema, gestação gemelar	Evitável >Qualidade do PN
Torres	Torres	6meses	Pós-neonatal	Asfixia	Evitável >Qualidade do PN e Parto
Torres	Porto Alegre	8meses	Pós-neonatal	Insuficiência respiratória Aguda, DPOC, malformação cardíaca, paralisia renal	Não evitável
Tramandaí	Porto Alegre	11meses	Pós-neonatal	Meningite bacteriana	Evitável

					>atenção a criança
Tramandaí	Porto Alegre	2dias	Neonatal precoce	Insuficiência respiratória, malformações congênitas múltiplas	Não evitável
Tramandaí	Tramandaí	13horas	Neonatal precoce	Pneumonia, aspiração mecônio, infecção urinaria materna	Evitável >Qualidade do PN
Tramandaí	Porto Alegre	3dias	Neonatal precoce	Choque/ pneumotórax, insuficiência respiratória, MBP	Evitável >Qualidade do PN
Tramandaí	Tramandaí	2meses	Pós-neonatal	Asfixia mecânica de causa indeterminada	Evitável >Qualidade PN
Tramandaí	Tramandaí	2meses	Pós-neonatal	BCP bilateral	Evitável >atenção a Criança
Tramandaí	Porto Alegre	17dias	Neonatal precoce	Septicemia bacteriana, muito baixo peso, toxoplasmose congênita	Evitável >Qualidade PN
Três Cachoeiras	Porto Alegre	7horas	Neonatal precoce	MBP, asfixia ao nascer, SARA RN	Evitável >Qualidade PN

ANEXO B: TABELA ÓBITOS CLASSIFICADOS CONFORME A PORTARIA DO MS Nº 1121 - 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE PERÍODO-2009

Município	Município de ocorrência	Idade	Componente	Causa	Evitável/Não evitável
Balneário Pinhal	Balneário Pinhal	11dias	Neonatal tardia	Asfixia mecânica decorrente de aspiração	Evitável >Qualidade PN e Parto
Capão da Canoa	Capão da Canoa	0 minuto	Neonatal precoce	Septicemia Neonatal	Evitável >Qualidade PN e parto
Capão da Canoa	Alvorada	11horas	Neonatal precoce	Síndrome da angustia respiratória do recém nascido	Evitável >Qualidade do PN
Capão da Canoa	POA	7meses	Pós-neonatal	Outras causas mal definidas não especificadas de mortalidade	Evitável
Capão da Canoa	Capão da Canoa	8dias	Neonatal tardia	Síndrome da morte súbita do recém-nascido	Não evitável
Capão da Canoa	Capão da Canoa	3horas	Neonatal precoce	Prematuridade	Evitável >Qualidade PN
Capão da Canoa	Capão da Canoa	3horas	Neonatal precoce	Prematuridade	Evitável >Qualidade PN
Caraá	Caraá	9meses	Pós-neonatal	Causa indeterminada	Evitável
Cidreira	POA	6dias	Neonatal Precoce	Falência Múltipla de órgãos/Septicemia/Membrana Hialina/Prematuridade extrema	Evitável >Qualidade PN
Cidreira	POA	29dias	Neonatal tardia	Outras causas mal definidas não especificadas de mortalidade	Evitável
Cidreira	Tramandaí	2dias	Neonatal precoce	Prematuridade Extrema	Evitável >Qualidade PN
Cidreira	Cidreira	3meses	Pós-neonatal	Cardiopatia congênita	Não evitável
Imbé	Tramandaí	12dias	Neonatal tardia	Sífilis Congênita Prematuridade	Evitável
Itati	Capão da Canoa	20minutos	Neonatal precoce	Prematuridade extrema	Evitável Qualidade PN
Mampituba	Praia Grande	6meses	Pós-neonatal	Parada cardíaca/aspiração de conteúdo gástrico	Evitável >atenção a Criança
Maquiné	Maquiné	13dias	Neonatal tardia	Asfixia mecânica decorrente de sufocação	Evitável >atenção a Criança
Maquiné	Novo Hamburgo	10dias	Neonatal tardia	Infecção perinatal	Evitável >Qualidade PN
Mostardas	POA	8meses	Pós-neonatal	Doença p/HIV resultando em outras infecções bacterianas	Evitável >Qualidade PN
Mostardas	POA	6dias	Neonatal precoce	Septicemia Neonatal	Evitável >Qualidade PN
Osório	Canoas	6dias	Neonatal precoce	Asfixia ao nascer, não especificada	Evitável >Qualidade PN e Parto

Osório	POA	1mês	Neonatal tardia	Septicemia/ insuficiência respiratória/ dilatação ventricular	Evitável >Qualidade do PN
Osório	POA	6dias	Neonatal precoce	Prematuridade	Evitável >Qualidade do PN
Osório	Tramandaí	10dias	Neonatal tardia	Prematuridade Extrema	Evitável >Qualidade do PN
Osório	Osório	1mês	Pós-neonatal	Edema pulmonar Agudo	Evitável >atenção a Criança
Osório	Osório	15minutos	Neonatal precoce	Aspiração de mecônio	Evitável >atenção ao Parto
Osório	POA	3meses	Pós-neonatal	Malformação cardíaca	Não evitável
Osório	Tramandaí	5dias	Neonatal precoce	Prematuridade	Evitável >Qualidade do PN
Palmares do Sul	POA	6dias	Neonatal precoce	Infecção neonatal	Evitável >Qualidade do PN
Santo Antônio da Patrulha. Patrulha	POA	2dias	Neonatal precoce	Síndrome da angustia respiratória do recém nascido	Evitável >atenção ao RN
SAP. Patrulha	POA	25dias	Neonatal tardia	Outras causas mal definidas não especificadas de mortalidade	Evitável
Santo Antônio da Patrulha Patrulha	POA	6dias	Neonatal precoce	Hipoplasia	Ver o que é
Santo Antônio da Patrulha. Patrulha	POA	6dias	Neonatal precoce	Prematuridade/doença Membrana Hialina/septicemia	Evitável >Qualidade do PN
Santo Antônio da Patrulha. Patrulha	POA	5meses	Pós-neonatal	Síndrome de Down	Não evitável
Santo Antônio da Patrulha. Patrulha	SAP	3mese	Pós-neonatal	Broncopneumonia	Evitável >atenção a Criança
Terra de Areia	POA	15 dias	Neonatal precoce	Desconforto respiratório não especificado do RN	Sem classificação
Torres	POA	1mês	Pós-neonatal	Tetralogia de Fallot	Sem classificação
Torres	Torres	4 horas	Neonatal precoce	PCR Ignorado	Sem classificação
Torres	Torres	12dias	Neonatal tardia	PCR/Anoxia perinatal Grave	Evitável >Qualidade do PN
Tramandaí	Tramandaí	1mês	Pós-neonatal	PC/PR/Hemorragia	Evitável >Qualidade do PN
Tramandaí	Tramandaí	Odia	Neonatal precoce	Asfixia mecânica por afogamento (homicídio)	Evitável
Tramandaí	Tramandaí	5meses	Pós-neonatal	Asfixia mecânica decorrente de aspiração de suco gástrico	Evitável >Qualidade RN
Tramandaí	Tramandaí	11dias	Neonatal tardia	Aspiração de mecônio	Evitável

					>Qualidade do Parto
Tramandaí	Tramandaí	6dias	Neonatal precoce	Prematuridade	Evitável >Qualidade do PN
Xangri-lá	Capão da Canoa	5dias	Neonatal precoce	Prematuridade	Evitável >Qualidade do PN
Xangri-lá	POA	20min.	Neonatal precoce	Malformações congênitas múltiplas	Não evitável

ANEXO C: TABELA ÓBITOS CLASSIFICADOS CONFORME A PORTARIA DO MS Nº 1121 - 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE PERÍODO-2010

Município	Mun. de ocorrência do parto	Idade	Componente	Causa	Evitável/ Não evitável
Arroio do Sal	POA	6 horas	Neonatal precoce	Infecção congênita por citomegalovirus	Evitável >Qualidade PN
Arroio do Sal	POA	5 dias	Neonatal precoce	Toxoplasmose congênita	Evitável >Qualidade PN
Balneário Pinhal	POA	1 mês	Pós-neonatal	Doença renal congênita	Não EV
Balneário Pinhal	POA	14 dias	Neonatal tardia	Prematuridade	Evitável atenção ao RN
Capão da Canoa	POA	1 hora	Neonatal precoce	Má Formação múltipla	Não EV
Capão da Canoa	Capão da Canoa	30 minutos	Neonatal precoce	Má formação congênita	Não EV
Capão da Canoa	Tramandaí	9 dias	Neonatal precoce	Hipertensão pulmonar /Aspiração de mecônio/Pneumonia por aspiração	Evitável atenção ao parto
Capão da Canoa	Tramandaí	7 dias	Neonatal precoce	Prematuridade Doença membrana Hialina/Hipertensão pulmonar/Septicemia/ choque séptico	Evitável >Qualidade PN
Capão da Canoa	POA	18 dias	Neonatal tardia	Contrição Prematura conar arterial	Evitável atenção ao parto
Capão da Canoa	Capão da Canoa	1 dia	Neonatal precoce	Prematuridade extrema	Evitável >Qualidade PN
Capão da Canoa	POA	2 dias	Neonatal precoce	Insuficiência Cardio/respiratório/ Tetralogia de Fallot/prematuridade/Baixo peso	Evitável >Qualidade PN
Capão da Canoa	POA	1 dia	Neonatal precoce	Estenose aórtica Crítica	Não EV
Capão da Canoa	POA	7 meses	Pós-neonatal	Infecção Respiratória/ choque séptico	Evitável >atenção a Criança
Capivari do Sul	POA	9 meses	Pós-neonatal	Malformação não especificada do coração	Não EV
Caraá	POA	1 hora	Neonatal precoce	Anencefalia	Não EV
Cidreira	POA	1 dia	Neonatal precoce	Malformação congênita não especificada	Não EV
Cidreira	Tramandaí	32 horas	Neonatal precoce	Síndrome de Aspiração de Mecônio	Evitável atenção ao parto
Cidreira		16 dias	Neonatal tardia	Hidro- Anencefalia	Não EV
Cidreira	Tramandaí	2 dias	Neonatal precoce	Prematuridade extrema	Evitável >Qualidade PN
Imbé		2meses	Pós-neonatal	Prematuridade enterocolite, insuficiência respiratória Septicemia	Evitável >Qualidade PN
Itati	Itati	3meses	Pós-neonatal	Hidrocefalia	Não EV
Maquiné	Porto Alegre		Neonatal precoce	Insuficiência Respiratória Aguda	Evitável >atenção a Criança
Osório	Tramandaí	7 dias	Neonatal	Prematuridade extrema	Evitável

			precoce		>Qualidade PN
Osório	Porto Alegre	5 dias	Neonatal precoce	Prematuridade extrema	Evitável >Qualidade PN
Palmares do Sul	Porto Alegre	7 meses	Pós-neonatal	Atresia das Vias biliares	Não EV
Santo Antônio da Patrulha	Santo Antônio da Patrulha	Minutos	Neonatal precoce	PCR/aspiração de mecônio/dupla circular de cordão	Evitável atenção ao parto
Santo Antônio da Patrulha	Santo Antônio da Patrulha	15 dias	Neonatal tardia	Gastroenterite aguda	Evitável atenção ao RN
Santo Antônio da Patrulha	Tramandaí	1 mês	Pós-neonatal	Síndrome de Down/ Intercolite necrosante/ Septicemia RN	Evitável atenção ao RN/PN/Parto
Santo Antônio da Patrulha	Tramandaí	1 dia	Neonatal precoce	Má formação congênita/anoxia Perinatal/ septicemia neonatal/	Não EV
Santo Antônio da Patrulha	Santo Antônio da Patrulha	3 meses	Pós-neonatal	Asfixia por aspiração de conteúdo gástrico	Evitável >atenção a Criança
Santo Antônio da Patrulha	Cachoeirinha	2 dias	Neonatal precoce	Membrana Hialina	Evitável >Qualidade PN
Tavares	Rio Grande	9meses	Pós-neonatal	Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	Evitável >atenção a Criança
Terra de Areia	Tramandaí	11 dias	Neonatal tardia	Prematuridade extrema	Evitável >Qualidade PN
Torres	Torres	9 meses	Pós-neonatal	Desidratação de 3ª grau	Evitável >atenção a Criança
Torres	Estrela	9 dias	Neonatal tardia	Síndrome da angustia respiratória do Recém nascido	Evitável >Qualidade PN
Torres	POA	16 dias	Neonatal tardia	Tetralogia de Fallot/ Hipocalcemia /PO cardíaco/Choque cardiogênico	Evitável atenção ao RN
Torres	Porto Alegre	4meses	Pós-neonatal	Má formação neurológica	Não EV
Torres	Torres	1mês	Pós-neonatal	Infecção respiratória	Evitável >atenção a Criança
Torres	Porto Alegre	1mês	Pós-neonatal	Bronquiolite/ Septicemia/falência múltiplos órgão	Evitável >atenção a Criança
Tramandaí	Tramandaí	47 horas	Neonatal precoce	Prematuridade extrema	Evitável >Qualidade PN
Tramandaí	Porto Alegre	28 dias	Neonatal tardia	Prematuridade extrema/enterocolite necrosante/choque séptico	Evitável >Qualidade PN
Tramandaí	Tramandaí	1mês	Pós-neonatal	Síndrome da morte súbita na infância	Não EV
Tramandaí	Tramandaí	28 dias	Neonatal precoce	Prematuridade enterocolite, insuficiência. Respiratória/ Septicemia	Evitável >Qualidade PN
Três Cachoeiras	Torres	2 horas	Neonatal precoce	Prematuridade	Evitável >Qualidade PN
Xangri-lá	POA	13 dias	Neonatal tardia	Asfixia Peri natal Aspiração mecônio	Evitável atenção ao parto