

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTACIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**EDUARDO FERREIRA PEREIRA
JARLINA SAFIRA SILVA MENDES
JOSE AGUIAR MENDES JUNIOR**

**CARACTERIZAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE ALTO
ALEGRE DO PINDARÉ NO ESTADO DO MARANHÃO**

São Luís
2011

**EDUARDO FERREIRA PEREIRA
JARLINA SAFIRA SILVA MENDES
JOSE AGUIAR MENDES JUNIOR**

**CARACTERIZAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE ALTO
ALEGRE DO PINDARÉ NO ESTADO DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública do LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Doutora. Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís
2011

Pereira, Eduardo Ferreira

Caracterização da mortalidade infantil no município de Alto Alegre do Pindaré no estado do Maranhão. Eduardo Ferreira Pereira; Jarlina Safira Silva Mendes; José Aguiar Mendes Junior. - São Luís, 2011.

36f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Pública) – Curso de Especialização em Saúde Pública, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Mortalidade infantil - causas. 2. Alto Alegre do Pindaré - MA. I. Título.

**EDUARDO FERREIRA PEREIRA
JARLINA SAFIRA SILVA MENDES
JOSE AGUIAR MENDES JUNIOR**

**CARACTERIZAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE
ALTO ALEGRE DO PINDARÉ NO ESTADO DO MARANHÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública do LABORO - Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo-USP

RESUMO

A taxa de mortalidade infantil reflete, de maneira geral, os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de uma determinada área, sendo considerado um dos mais importantes indicadores epidemiológicos utilizados internacionalmente. O objetivo desse trabalho foi de caracterizar a mortalidade infantil no município de Alto Alegre do Pindaré no estado do Maranhão. Foi utilizado um questionário e os dados obtidos foram apresentados em tabelas onde foi possível constatar que no ano de 2008, ocorreram 730 óbitos infantis sendo que 0,82% foram óbitos de crianças com idade menor de 01 ano, caracterizando a mortalidade infantil, 50% das mães estavam na idade entre 15 a 20 anos, 83,3% eram solteiras e 50% tinha o ensino fundamental incompleto; em relação às características obstétricas observou que 83,3% do local da ocorrência do parto foi no hospital, 66,6% foi de parto cesáreo, 50% tiveram a duração da gestação de 32 a 36 semanas e 50% das mães não fizeram o exame de pré-natal incompleto; em relação as características infantis observou que 50% das crianças nasceram com o peso normal, igual ou maior do que 2.500g, 66,6% foram do sexo masculino, 66,6% da raça/cor parda e 50% vieram a óbito em 48 horas. Os resultados evidenciaram que ainda falta uma atenção maior da parte do poder público para o combate da mortalidade infantil. Faltam campanhas falando sobre a importância do planejamento familiar assim como a do exame pré-natal.

Palavras – chave: Mortalidade Infantil – causas. Alto Alegre do Pindaré-MA.

ABSTRACT

The infant mortality rate reflects, in general, levels of health and socioeconomic development of a given area and is considered one of the most important epidemiological indicators used internationally. The aim of this study was to characterize infant mortality in the municipality of Alto Alegre do Pindaré in the state of Maranhão. A questionnaire was used and data were presented in tables where you could see that in the year 2008, there were 730 infant deaths of which 0.82% were deaths of children under the age of 01 years, featuring child mortality, 50% of the mothers were between the ages of 15 to 20 years, 83.3% were single and 50% had incomplete primary education, in relation to obstetric characteristics observed that 83.3% of the birth place of occurrence was in the hospital, 66.6 % was by cesarean section, 50% had gestational length from 32 to 36 weeks and 50% of the mothers did not take prenatal incomplete; children about the characteristics noted that 50% of children born with normal weight, equal to or greater than 2,500 g, 66.6% were male, 66.6% of race / mulatto and 50% came to death in 48 hours. The results showed that there is still greater attention from the government to combat infant mortality. Missing campaigns talking about the importance of family planning as well as the prenatal test.

Keywords: Infant Mortality - causes. Alto Alegre do Pindaré-MA.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	12
3.1 Geral	12
3.2 Específicos	12
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
5 METODOLOGIA	16
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
7 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICES	31
ANEXO	35

1 INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Faz parte das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário, para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à discriminação contra a mulher, visando ao alcance de patamares mais dignos de vida para a população, uma vez que a mortalidade infantil reflete as condições de vida da sociedade (UNITED NATIONS, 2000).

Apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em Saúde Pública. Os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do País, havendo sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e intra-urbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos. A taxa atual (19,3/1000 nascidos vivos) é semelhante a dos países desenvolvidos no final da década de 60, e cerca de três a seis vezes maior do que a de países como o Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica, que apresentam taxas entre 3 e 10/1000 nascidos vivos (UNICEF, 2008). Esses países conseguiram uma redução simultânea da mortalidade pós-neonatal e neonatal, enquanto no Brasil não houve mudança significativa do componente neonatal nas últimas décadas (LANSKY et al., 2009).

Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde. A mortalidade fetal partilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida (BRASIL, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis. No entanto, têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e tampouco destinaram investimentos específicos para a sua redução. A mortalidade perinatal – óbitos fetais e neonatais precoces com peso ao nascer a partir de 500 g e/ou 22 semanas de idade gestacional – tem sido recomendada como o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução das mortes fetal e neonatal precoce evitável (BRASIL, 2009).

Em conformidade com o Ministério da Saúde, a subnotificação de óbitos no País é ainda um problema a ser enfrentado, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. A omissão do registro do óbito em cartório seja pela dificuldade de acesso ou pela falta de orientação, existência de cemitérios irregulares ou pela falta de conhecimento da população sobre a importância da Declaração de Óbito, compromete o real dimensionamento do problema e a identificação das ações adequadas de saúde para a diminuição das taxas de mortalidade. Da mesma maneira, a baixa qualidade das informações nas declarações de óbito, representada pelo grande contingente de causas mal definidas de óbito – imprecisões na declaração da “causa da morte” – e campos não preenchidos, prejudica a análise dos fatores que influenciam a mortalidade e, conseqüentemente, dificulta as ações de intervenção (BRASIL, 2009).

É necessário, portanto, esforço especial e mobilização dos gestores e das equipes de saúde para a identificação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações e incorporação da avaliação dos serviços de saúde para melhoria da assistência. A responsabilização e o compromisso dos serviços de saúde sobre a população de sua área de abrangência e, neste caso, sobre a morte de uma criança, devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, com o propósito de se identificar os problemas, as estratégias e medidas de prevenção de óbitos evitáveis, de modo que o País diminua as desigualdades nas taxas de mortalidade e alcance melhores níveis de sobrevivência infantil.

Apesar da queda, o Brasil ainda está longe dos índices registrados em países como Islândia, Suécia e Chipre - três mortes por mil nascimentos - e também fica

atrás de outros países da América do Sul, como o Chile (6,48 mortes por mil), a Colômbia (15,31) e Argentina (12,88). A falta de acesso ao saneamento básico é uma das explicações para os altos índices de mortalidade infantil no Brasil. Um estudo do Instituto Trata Brasil, com números de 2008, mostra um déficit de 49,1% no acesso à rede de esgoto no País. Os Estados com maior carência são Piauí (com 97,49%), Amapá (96,44%), Rondônia (96,2%), Pará (95,1%) e Maranhão (88,63%) (AGÊNCIA BRASIL, 2010).

Dados recentes mostram que no Brasil, a cada mil crianças nascidas vivas, 22,5 morrem antes de completar um ano. No Nordeste, a taxa de mortalidade sobe para 33,2, a mais alta entre as regiões do país. No Sul e Sudeste, que possuem os melhores indicadores, 15,1 e 16,6 crianças morrem, respectivamente, sem completar um ano de idade, a cada mil nascidas vivas. No Centro-Oeste a taxa de mortalidade é de 17,8 e no Norte, de 23,5. A síntese de indicadores sociais, divulgada pelo IBGE em 2010, revelou que o número de crianças que morrem antes de completar um ano -- ou seja, a taxa de mortalidade infantil -- no Nordeste é duas vezes maior do que no Sul e no Sudeste e superior à registrada no país para o referido autor (BALZA, 2010).

O estudo baseia-se em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009 -- na qual foram entrevistadas mais de 400 mil pessoas, em 154 mil casas -- e nas pesquisas de Informações Básicas Municipais 2009 e de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009), entre outros levantamentos.

O estado do Ceará teve a maior redução média anual da taxa de mortalidade infantil e na infância de todo o Brasil, entre 1990 e 2008. O percentual de queda foi de 16,7%. Em seguida, vieram Pernambuco, Paraná, Santa Catarina e Maranhão. O dado é do "Saúde Brasil 2009", publicação anual da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, que traça o perfil de como nascem e morrem os brasileiros (MOSCOSO; LAVOR, 2010).

O mais recente Censo feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que o Maranhão segue integrando o grupo dos estados brasileiros que apresentam os indicadores sociais mais sofríveis. A taxa de mortalidade infantil ficou em 36,5 em 2009. É a segunda taxa mais alta do país, embora tenha havido uma queda em relação a 2008, quando era de 37,9 (VIVIANI, 2010).

Só em Alagoas o índice de mortalidade infantil é mais alto que o do Maranhão: 46,4 por mil crianças nascidas vivas. Pernambuco, com taxa de 35,7,

ocupa o terceiro posto entre os estados brasileiros em que morrem mais crianças (MOSCOSO; LAVOR, 2010).

Dados do Ministério de Saúde mostram que entre 2000 e 2007, no Maranhão, morreram 17.845 crianças menores de um ano de idade. O maior número de ocorrência foi verificado na capital, São Luis (2.911 óbitos) e nos municípios de Imperatriz (883 óbitos), Caxias (651 óbitos), Codó (559 óbitos) e Timon (456 óbitos). Tentando diminuir os índices da taxa de mortalidade infantil a Secretária de Estado da Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, realizou no ano passado à Oficina de Qualificação do NASF para intensificação das Ações de Redução da Mortalidade Infantil. O treinamento é destinado aos profissionais de saúde dos 38 municípios prioritários para a redução de mortalidade infantil no Maranhão (IMIRANTE, 2010).

A taxa de mortalidade infantil no Maranhão atualmente, segundo o Ministério da Saúde, é de 30,1%. Assim, o Maranhão está no foco das prioridades das ações do Governo Federal para a redução desse índice. A meta estipulada pelo governo federal é reduzir a mortalidade infantil, com ênfase na redução da mortalidade neonatal e priorizando os 256 municípios nos Estados da Região Nordeste e na Amazônia Legal, onde há o maior número de óbitos infantis. No Maranhão foram priorizados 38 municípios selecionados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde, obedecendo aos critérios como maior número de óbitos infantis, população vulnerável ou em modificação, entre outros (VIVIANI, 2010).

O problema das coberturas incompletas dos sistemas de informações sobre nascimentos e óbitos é freqüentemente encontrado nos países em desenvolvimento e restringe o monitoramento da mortalidade infantil e a avaliação da efetividade das ações de saúde. A dificuldade de obtenção de estimativas fidedignas da mortalidade infantil em vários países estimulou a elaboração de métodos demográficos para a sua estimação (BRASS, 1996).

Segundo Monteiro (2000) a taxa de mortalidade infantil reflete, de maneira geral, os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de uma determinada área, sendo considerado um dos mais importantes indicadores epidemiológicos utilizados internacionalmente.

De acordo com Laurenti et al., (1985) a mortalidade infantil pode ser determinada por múltiplas variáveis, tais como fatores sócio-econômicos e políticos, ambientais, e relativos à assistência médica, entre outros. O coeficiente de

mortalidade infantil tem sido utilizado internacionalmente como um dos principais indicadores da qualidade de vida da população.

As taxas de mortalidade infantil vêm diminuindo progressivamente em muitos países em desenvolvimento. Conforme estimativas diretas obtidas do Registro Civil de nascimentos e óbitos infantis, a tendência da mortalidade infantil no Brasil na década de 1980 a 1990 foi de declínio nos primeiros dois anos, de estagnação nos dois anos seguintes e novamente de redução de 1984 para 1990 (SIMÕES; MONTEIRO, 1995). O UNICEF estima que a mortalidade infantil no Brasil tenha declinado de 70 por mil nascidos vivos em 1982 para 53 por mil em 1993 (GRANT, 1985; GRANT, 1995), uma queda de 24%. No entanto, o Brasil foi classificado em 63º lugar entre 145 países ordenados de forma decrescente em termos de mortalidade infantil, uma situação bastante constrangedora. A situação é ainda mais grave quando se discrimina a população em diferentes categorias sociais. Os enormes diferenciais entre ricos e pobres observados em nosso país têm uma repercussão direta nos coeficientes de mortalidade infantil (VICTORA et al., 1989).

Entre 1970 e 2008, a mortalidade infantil caiu de 100 para 23,30 óbitos por mil nascidos vivos. Mesmo considerando-se apenas o período entre 1998 e 2008, a queda da mortalidade infantil evitou mais de 200 mil óbitos. Ainda assim, de 1998 a 2008, morreram, diariamente, 68 homens jovens de 15 a 24 anos por causas externas, totalizando cerca de 270 mil óbitos. Nesse período, entre os jovens de 20 a 24 anos, as causas externas vitimaram 9 homens para cada mulher. Esses são algumas informações construídas a partir da Tábua de Mortalidade do IBGE referente ao ano de 2008 (IBGE, 2008).

2 JUSTIFICATIVA

A morte de uma criança é uma tragédia para qualquer família. É só se lembrar das mães, pais e outros membros da família que esperam nove meses, para ver o rosto do bebê, e observar como, após o nascimento, o pequeno ser toma todas as atenções e cuidados. Por isso, a morte torna a dor da perda, às vezes, um obstáculo quase intransponível para uma família.

Os indicadores, como o de mortalidade infantil e os indicadores de saúde em geral, refletem as más condições de vida das famílias mais pobre e a falta de assistência por parte do poder público com a população brasileira.

Vários fatores contribuem para a mortalidade infantil como a falta de saneamento básico, água tratada, aleitamento materno, alimentação balanceada, vacinação preventiva, realizações de consulta de pré-natal e de informação com as gestantes, mas há outros fatores, menos objetivos que contribuem para a mortalidade, como a relação cultural mãe/pai/filho que anda em transformação. De qualquer forma, no entender do Ministério da Saúde, a maioria das mortes de recém-nascidos ocorre por causas evitáveis.

Devido os altos índices de mortalidade infantil no Brasil, mais precisamente no estado do Maranhão, surgiu o interesse em realizar esta pesquisa.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Caracterizar os casos de mortalidade infantil no município de Alto Alegre do Pindaré no estado do Maranhão.

3.2 Específicos

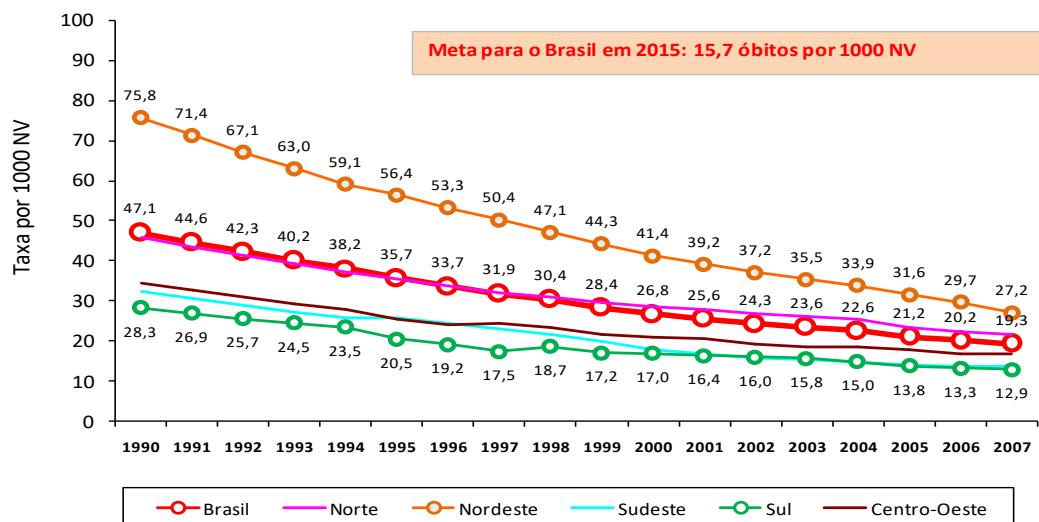
- Descrever as principais características demográficas;
- Descrever as características obstétricas;
- Descrever as características infantis.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

De 1990 a 2007, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil apresentou tendência de queda, passando de 47,1/1000 nascidos vivos em 1990 para 19,3/1000 em 2007, com uma redução média de 59,0% (Figura 1). Diversos fatores têm contribuído para a mudança no perfil de mortalidade infantil, entre os quais se destacam: aumento do acesso ao saneamento básico, queda da taxa de fecundidade, melhoria geral das condições de vida, da segurança alimentar e nutricional e do grau de instrução das mulheres, maior acesso aos serviços de saúde e ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, avanço das tecnologias médicas, em especial a imunização e terapia de reidratação oral, o aumento da prevalência do aleitamento materno, entre outros (LANSKY et al., 2009).

As diferenças regionais da mortalidade infantil podem ser observadas pelas taxas. A maior queda da TMI nas últimas décadas ocorreu na Região Nordeste, cerca de 5,5% ao ano entre 1990 e 2007. No entanto, as regiões Nordeste e Norte permanecem com os níveis mais elevados. A TMI no Nordeste em 2007 (27,2/1000) é 40% maior do que a taxa nacional e 2,1 vezes maior do que a taxa da Região Sul.

Figura 1 - Taxa de mortalidade infantil e seus componentes. Brasil, 1990-2007



Fonte: Brasil, 2009, p. 8.

Há ainda diferenças substanciais e preocupantes nas taxas de mortalidade infantil entre grupos populacionais: as crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer do que as ricas e, a mortalidade infantil entre as crianças negras e

indígenas é, respectivamente, cerca de 40% e 138% maior, quando comparadas com as da população de crianças brancas. A redução média anual da taxa de mortalidade infantil (TMI) no País foi de 4,8% ao ano, entre 1990 e 2007, tendo o componente pós-neonatal (28 dias a um ano de vida incompleto) apresentado a maior tendência de queda (7,3% ao ano) e o componente neonatal precoce (0 a 06 dias de vida) a menor, 3,1% ao ano (UNICEF, 2008).

Apesar de apresentar a maior queda, a mortalidade pós-neonatal persiste como um problema, mesmo nas regiões mais desenvolvidas do País, já que a maioria das mortes é potencialmente evitável, estando associada à desnutrição e doenças infecciosas, principalmente a diarreia e a pneumonia. Mortes por essas causas devem ser consideradas eventos-sentinela, ou seja, preveníveis pela atuação dos serviços de saúde, dado o conhecimento e os recursos disponíveis na atualidade. 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 TMI total de alguns países como o Japão e Canadá (UNICEF, 2008).

A Região Nordeste apresentou uma taxa de mortalidade pós-neonatal de 8,4/1000 NV em 2007, 2 vezes maior do que a das regiões Sul e Sudeste. Tendência recente que vem sendo observada é o aumento da contribuição das afecções perinatais e malformações congênitas como causas de óbitos pós-neonatal, em decorrência do maior investimento e do acesso à assistência para gestantes e recém-nascidos de alto risco, com aumento da sobrevivência dessas crianças no período neonatal (UNICEF, 2008).

Figura 2 - Mortalidade infantil e seus componentes neonatal precoce e tardia e pós-neonatal.

	Perinatal *			
	22 semanas ao nascimento	0 a 6 dias	7 a 27 dias	28 a 364 dias
Determinantes		Neo precoce	Neo Tardia	Pós – Neonatal
Escolaridade	Pré-natal	Parto	Atendimento RN	Rede de Serviços
Raça/cor	Controles	Leitos	Leitos de risco	At. Básica
Renda	RH	RH	Insumos	RH
Ambiente – saneamento	Insumos	Insumos	RH	Insumos
Assistência à saúde		Atendimento RN	Rede de Serviços	Referencias
Informação		Leitos de risco	At. Básica	Promoção – Prevenção
Subregistro – nascidos e óbitos		Insumos	Referencias	Saneamento
Cemitérios clandestinos		RH	Bancos de Leite	Meio ambiente

* Perinatal – 22 semanas de gestação há 6 dias vida.

Fonte: Brasil, 2009, p. 11.

A mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir do final da década de 80, e representa entre 60% e 70% da mortalidade infantil em todas as regiões do Brasil atualmente. A taxa de mortalidade neonatal vem mantendo níveis elevados, 13,2/1000 NV, em 2007, quando comparada com a taxa de outros países no ano de 2004, como Argentina (10/1000), Chile (5/1000), Canadá (3/1000), Cuba (4/1000) e França (2/1000) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Houve pouca modificação do componente neonatal precoce nas últimas décadas, que responde por pelo menos 50% das mortes infantis. A maior parte dos óbitos neonatais ocorre no período neonatal precoce, do nascimento ao 6º dia de vida, e cerca de um quarto dos óbitos ocorre no primeiro dia de vida, evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência ao parto e nascimento, que é predominantemente hospitalar no Brasil, com poucas exceções em algumas localidades (LANSKY et al., 2009). Esse componente adquire uma importância sem

precedentes, pois as ações necessárias para o seu controle são ainda pouco sistematizadas e incipientes no âmbito nacional, demandando uma mobilização e priorização na agenda dos gestores da saúde.

Para a análise da mortalidade, é importante ressaltar o elevado percentual de subregistro de óbitos no município de Alto Alegre do Pindaré é considerada alta, a precariedade do sistema de informações de mortalidade, no que diz respeito à ocorrência de óbitos sem assistência médica como também a um inadequado preenchimento do atestado de óbito. Além disso, a não realização de necropsias no município contribui para elevar este percentual.

O objetivo central deste trabalho é o levantamento do diagnóstico das condições de saúde da população, e da realidade do atendimento à comunidade do município.

Para tanto nos propusemos a levantar os indicadores sociais e econômicos que modulam a realidade de vida da população elaborar um diagnóstico geral de Saúde. Como objetivo específico, intentamos contribuir para a melhora do atendimento a criança no âmbito do SUS tendo como referência serviços já implantados em outros estados.

5 METODOLOGIA

Tipo de estudo

Caracteriza-se por um estudo descritivo retrospectivo com abordagem quantitativa.

Local de estudo

O estudo foi realizado no Município Alto Alegre do Pindaré – MA, localizado na Microrregião de Pindaré, tem uma área geográfica de 1932,32 Km². A população residente é 33.209 habitantes, distribuídos nas seguintes proporções: 14,58% para menores de 5 anos de idade na população; 26,50% de adolescentes na população (10 a 19 anos); 28,55 %de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos);

6,20 de idosos na população (60 anos e mais); 13,93% Densidade demográfica e de 26,21% Grau de urbanização. A população residente é alfabetizada por faixa etária no ano de 2008 tem a proporção de: a faixa etária de 5 a 9 tem a proporção de 19,4%; a faixa etária 10 a 14 tem a proporção de 72,2%; a faixa etária 15 a 19 tem a proporção de 79,1%; a faixa etária 20 a 49 tem a proporção de 54,8%; a faixa etária 50 e + tem a proporção de 24,5 com o total de 51,0%. (IBGE, 2008).

A proporção de moradores por tipo de abastecimento de água no ano de 2008 de: rede geral 38,2; poço ou nascente (na propriedade) e de 42,0 e de outras formas é de 19,8. A instalação sanitária é de: fossa séptica 1,5%; fossa rudimentar 39,3%; vala 2,4%; outro escoadouro 0,4%; não tem instalação sanitária é de 56,4%. Destino de lixo no ano de 2008 é de: 11,5% do lixo são coletados; 26,6% do lixo é queimado (na propriedade); 3,1% do lixo é enterrado (na propriedade); 58,9 % do lixo tem outros destinos (IBGE, 2008).

Rede de Assistência

Números e tipos de estabelecimentos em dezembro de 2008: 01 Centro de Atenção Psicossocial; 01 Hospital Geral; 03 Centros de Saúde/Unidade Básica de Saúde; 15 Postos de Saúde.

Números e tipos de leitos de internação em dezembro de 2008: 09 leitos obstétricos; 14 leitos cirúrgicos; 18 leitos pediátricos; 28 leitos clínicos.

Equipamentos e profissionais por equipe

Números e tipos de equipamentos existentes, em uso e disponíveis ao SUS em dezembro de 2008: 01 equipamento de equipamento de ultrassom; 01 equipamento por métodos gráficos; 02 equipamentos por métodos ópticos; 02 equipamentos de manutenção da vida; 09 equipamentos de odontologia; 10 aparelhos de raios-X; 11 equipamentos de diagnóstico por imagem.

Recursos humanos

Números de Recursos Humanos, segundo as categorias em dezembro de 2008: 01 médico anestesista; 01 médico psiquiatra; 01 médico radiologista; 01 fonoaudiólogo; 01 assistente social; 01 psicólogo; 02 farmacêuticos; 02 fisioterapeutas; 03 médicos cirurgião geral; 03 médicos ginecologistas – obstetra; 04 médicos clínicos gerais; 07 auxiliares de enfermagem; 09 cirurgiões dentistas; 10 médicos pediatria; 17 médicos da família; 18 enfermeiros.

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Nota: Se um profissional tiver vínculo com mais de um estabelecimento, ele será contado tantas vezes quantos vínculos houver.

População

A população do estudo foi constituída pelas mães que tiveram filhos que vieram a óbitos antes de completar um ano de vida.

Durante o ano de 2008, ocorreram 730 óbitos infantis no município de Alto Alegre do Pindaré no Maranhão, dos quais 07 foram de óbitos com idade menor de 1 ano, o que preenche os critérios de inclusão para esse estudo.

Coleta de dados

No município foi realizado um processo de busca ativa de óbitos, para identificar tanto as Declarações de Nascido Vivo (DNV) e de óbito (DO) emitidas e não informadas ao SINASC e ao SIM, respectivamente, como de nascidos vivos e óbitos que não geraram as respectivas DNV e DO.

Após o levantamento foi elaborada uma lista dos óbitos identificados no Sistema de Informações sobre Mortalidade, organizada pelo município de ocorrência e contendo: nome, sexo e idade do falecido; data e local do óbito; nível de escolaridade da mãe; raça/cor; renda; números referentes aos locais de busca onde o óbito pode ser identificado.

Como fonte de informações utilizou-se sistema de Informação de Mortalidade-SIM. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no País. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de

forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. O sim proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. A análise dessas informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio-demográfico.

Posteriormente foram identificadas as mães das crianças com seus respectivos endereços procedendo-se em seguida com a visita domiciliar.

Análise de dados

Os dados foram tabulados a partir da base do SIM através do software TABWIN (DATASUS, versão 3.5). Para a consolidação e análise dos dados será utilizado o software EPI-INFO (CDC, versão 6.04d). A análise foi realizada em função das frequências obtidas, com construção de tabelas e figuras.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS N^o. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (APÊNDICE B)

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 mostra os dados em relação às características demográficas das mães. A faixa etária de maior ocorrência foi a de 15 – 35 anos, com a idade mínima de 15 anos e a máxima de 35 anos. Em relação ao estado civil, constatou a maioria absoluta de 71,43%, era solteira e 28,57% casada. Em relação à escolaridade a maior prevalência foi no ensino fundamental incompleto com 42,86%.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das 7 mães de acordo com as características demográficas. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2008.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	N	%
IDADE		
10 – 15 anos	0	0
15 – 20 anos	3	42,88
20 – 25 anos	1	14,28
25 – 30 anos	1	14,28
30 – 35 anos	1	14,28
35 – 40 anos	1	14,28
40 – 45 anos	0	0
TOTAL	7	100%
ESTADO CIVIL		
Solteira	5	71,43
Casada	2	28,57
TOTAL	7	100%
ESCOLARIDADE		
Nenhuma	1	14,28
Ensino Fund. Incompleto	3	42,86
Ensino Fund. Completo	2	28,58
Ensino Médio. Incompleto	0	0
Ensino Médio Completo	1	14,28
Superior	0	0
TOTAL	7	100%

Os resultados obtidos na pesquisa são parecidos com um estudo realizado na cidade de Porto Alegre, no qual Jobim (2008) relata que é bem comum a associação entre a mortalidade infantil e a idade materna. A gestação na adolescência parece estar diretamente associada a desfechos desfavoráveis, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer e maior taxa de parto cesáreo.

Os riscos na adolescência estão relacionados com as complicações obstétricas, que venham ressoar tanto na mãe quanto no RN, assim como problemas sócio-econômicos, já que a gravidez na adolescência é quase sempre seguida pelo abandono escolar, tornando difícil a qualificação e profissionalização dessas adolescentes e o ingresso na população economicamente ativa, agravando, com isso, as condições de vida destas, que muitas vezes, já se encontram em situação econômica desfavorável (YAZLLE, 2006).

Também pode se observar uma prevalência de 14,28% na idade entre 30 – 35 anos, considerada pela maioria dos autores como uma idade de risco. A gestação em idades extremas da vida está associada com uma maior prevalência de resultados do RN ao nascer como a prematuridade, o baixo peso ao nascer, a morbimortalidade e a más-formações congênitas (AZEVEDO et al., 2002).

Em relação ao estado civil, o destaque foi para as mulheres solteiras que são a maioria absoluta, com o resultado de 71,47% em relação às casadas, que foi de 16,6%. Um dos motivos para o resultado pode ser a falta do apoio do companheiro nas horas de dificuldades e nas responsabilidades. Um estudo realizado por França et al., (2001) verificaram que o risco do óbito infantil, mostrou-se estatisticamente associado ao fato de a mãe relatar não estar casada. Isto pode estar associado ao fato de que a ausência de um companheiro pode evidenciar um maior risco social, dificuldades econômicas e de estabilidade emocional (COSTA, 2005; JOBIM, 2008).

O grau de escolaridade tem um papel fundamental na mortalidade infantil, fato constatado neste estudo, cuja taxa é mais elevada em relação a outros estados, ou seja, 42,86% para mulheres com ensino fundamental incompleto. Um estudo feito pelo IBGE em 2004, revelou que a taxa de mortalidade infantil entre crianças com a idade de até 01 ano de idade cujas mães tinham 8 anos de estudo era de 14% nas regiões Sudeste e Sul; para as crianças nascidas no Nordeste, de mães com até 3 anos de estudo, a taxa teve um aumento bem acentuado para 53,5% (IBGE, 2006).

Com relação às características obstétricas, diz-se que o local de ocorrência do parto com maior frequência foi o hospital com 71,42%. O parto de mais frequência foi o cesáreo com 57,14% dos casos em relação ao vaginal que foi de 42,86% dos casos. Em relação à duração da gestação, houve uma prevalência na duração de 32 a 36 semanas de gestação com um índice de 42,86%, que compreende a prematuridade. Na consulta do pré-natal, a prevalência relevante foi das mães que fizeram o exame de pré-natal incompleto com o resultado de 42,56%.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das 7 mães de acordo com as características obstétricas. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2008.

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	N	%
LOCAL DE OCORRÊNCIA DO PARTO		
Hospital	5	71,42
Domicilio	2	28,57
TOTAL	7	100
TIPO DE PARTO		
Cesáreo	4	57,14
Vaginal	3	42,86
TOTAL	7	100
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (SEMANAS)		
Menos de 28 semanas	0	0
De 32 a 36	3	42,86
De 37 a 41	2	28,57
De 42 e mais	2	28,57
TOTAL	7	100
CONSULTA PRÉ-NATAL		
Não fez	2	28,57
Incompleto	3	42,86
Completo	2	28,57
TOTAL	7	100

Um ponto que chamou atenção neste estudo diz respeito ao local de ocorrência do parto, onde 71,42% das mães fizeram o parto no hospital, dado que pode estar sendo mascarado, no estudo realizado na região metropolitana de São Paulo, Silva et al (2009), confirmou que as crianças nascidas em domicílios apresentam proporção de baixo peso ao nascer (19%) e de pré-termo (17,5%) duas vezes mais elevada do que aqueles que nasceram no hospital que é um fator de risco para mortalidade infantil. A demora na assistência, como também a busca das gestantes de alto risco por atendimento somente na hora do parto, já que essas gestantes tendem a enfrentar maior dificuldade de internação, podem está diretamente relacionados. Contudo, existe também associação entre peregrinação e condições de vida desfavoráveis. Quando os níveis de qualidade de vida e instrução maternas são baixos, em geral, menor é o conhecimento e a preocupação acerca de sua saúde e da saúde de seu filho (PEREIRA, 2007; JOBIM, 2008).

Quando o parto ocorre em outro ambiente, fora do ambiente hospitalar, ou mesmo em estabelecimentos da área de saúde, fica mais difícil de ter acesso a um profissional de saúde qualificado para atender tanto a mãe quanto o RN, o que pode aumentar o risco do óbito infantil, já que os cuidados essenciais do RN não são realizados (GUERRA; BIGUELINI, 2010). Em estudo realizado na América Latina, a maior taxa de parto cesáreo foi observada no Brasil (36,4%), o que aponta a prevalência de partos cesáreos em relação aos vaginais, pesquisa realizada em Alto Alegre do Pindaré, cuja essa taxa ainda está acima da média nacional (GIGLIO et al 2005; SOUZA et al 2007; JOBIM, 2008; KILSZTAJN, 2007).

Um dos motivos para o número elevado de cesarianas pode está relacionado com diversos fatores como, medo da dor do parto, a possibilidade de marcação do dia do parto, pela influência do médico que a acompanha e a idade materna elevada (GAMA et al., 2009; BRUZADELI; TAVARES, 2010).

A prematuridade como causa de mortalidade infantil tem sido estudada em diferentes países, e esses estudos relatam várias causas que levam um RN à prematuridade, especialmente as que estão relacionadas ao aparelho genital feminino, alterações placentárias e excesso de líquido amniótico. Outros fatores incluem: idade materna, infecções maternas e primiparidade. Mas, na maioria dos casos, a causa é desconhecida (RAMOS; CUMAN, 2009).

Nos Estados Unidos, um estudo realizado em 2004 revelou que a cada oitos RN nascidos um é prematuro, somando acima de 500 mil bebês prematuros, alcançando uma taxa de 12,7% em 2005, na nossa pesquisa essa taxa foi quase o quádruplo do Estados Unidos. No Brasil, a prevalência da prematuridade variou entre 3,4 e 15% no Sul e Sudeste entre 1978 e 2004, revelando um crescente aumento a partir de 1990. Na região Nordeste, a prevalência situou-se entre 3,8 e 10%. Em 2005, a taxa de prematuridade no Estado de São Paulo foi de 7,3%, semelhante à encontrada na Europa (5 a 7%) e Canadá (6,5%) (MENDES; CORDIOLI, 2010).

O pré-natal inadequado é o maior responsável pela mortalidade infantil. Especialistas apontam que na maioria dos óbitos das crianças que não chegam até 1 ano de vida, poderia ser detectados e evitados durante a gravidez através do pré-natal. Quanto menor o número de consultas pré-natal, maior o risco de óbito infantil com relação a quem fez sete ou mais consultas, em todas as faixas de peso. A ausência de algumas gestantes no pré-natal, já com filhos de gestações anteriores, deve-se em algumas vezes, pelo o fato da dificuldade em deixar os filhos e sair de casa para ir às consultas do pré-natal, também está relacionado à crença de que esta já tem experiência em estar grávida e que não precisa da consulta do pré-natal (GUERRA; BIGUELINI, 2010).

É preciso desenvolver ações educativas para motivar as gestantes a fazer o pré-natal, a fim de motivá-las em relação ao cuidado de si e da criança. Tornar necessário assegurar a essas mães, acessibilidade, bem como profissionais qualificados e especializados para atendê-las, com o objetivo de que se amplie não só a cobertura, mas melhore também a assistência, que garanta a participação da mulher nas consultas, resultando melhores resultados para ela e para o seu filho (RAMOS, 2009).

Os dados da tabela 3 representam as características infantis, dentre as quais, o peso ao nascer mais evidente foi o que compreende o peso normal, igual ou superior a 2.500kg, com o percentual de 42,86%. Em relação ao sexo, o sexo feminino teve a maior prevalência em relação ao masculino, com o percentual de 71,42% dos casos. Na característica raça e cor, 57,16% foi parda acompanhada pela branca e preto com 14,28% cada. Na idade dos óbitos, em horas, a maior prevalência registrada foi em 48 horas com 57,16% dos casos.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual de 7 mães de acordo com as características infantis.
Alto Alegre do Maranhão – MA, 2008.

CARACTERÍSTICAS INFANTIS	N	%
PESO AO NASCER		
Normal = ou < 2.500	3	42,86
Extremo Baixo Peso < 1.000	2	28,57
Baixo Peso < 2.500	1	14,28
Muito Baixo Peso < 1.500	1	14,28
TOTAL	7	100
SEXO		
Masculino	5	71,42
Feminino	2	28,58
TOTAL	7	100
RAÇA/COR		
Parda	4	57,16
Branco	1	14,28
Preto	1	14,28
Amarelo	1	14,28
TOTAL	7	100
IDADE DO ÓBITO (HORAS)		
24 horas	2	28,57
48 horas	4	57,16
+ 24 horas	1	14,27
TOTAL	7	100

Menezes et al., (1996) analisando a mortalidade infantil em duas pesquisas de cortes de base populacional no sul do Brasil, detectaram que crianças nascidas com baixo peso apresentaram mortalidade doze vezes maior do que crianças com peso adequado ao nascer, diferente deste estudo onde maior índice foi com as crianças que nasceram com o peso normal. O baixo peso ao nascer representa um

elevado custo ao setor da saúde, uma vez que estas crianças necessitam de assistência especial, os aparelhos utilizados na sua recuperação são mais caros e precisam ficar internadas por mais tempo.

Um estudo realizado no Brasil em 2005 revelou a proporção de baixo peso ao nascer ficou em 8,13%, enquanto que em Alto Alegre do Pindaré essa taxa está acima da média com 14,28% dos casos. Na área da saúde pública, o peso de nascimento pode ser considerado um importante indicador, pois reflete as condições de vida da mulher bem como a qualidade da assistência recebida durante a gravidez (MAIA, 2009).

Não há uma comprovação da relação do sexo masculino como risco para mortalidade, ainda que alguns estudos sugiram que o sexo feminino possui maior maturidade pulmonar em relação ao masculino (CARVALHO et al., 2007; JOBIN; AERTS, 2008; VIANA et al., 2010).

A categoria raça/cor é uma variável de definição e mensuração particularmente complexa. No caso específico da conformação de bases de estatísticas vitais (nascimentos e óbitos), são bastante óbvios os limites para a classificação da raça/cor de recém-nascidos e de cadáveres, inclusive pela impossibilidade de aplicação do procedimento mais amplamente recomendado, qual seja a autoclassificação.

Um estudo revela que as desigualdades raciais se acentuaram através do tempo. Assim, enquanto a diferença relativa entre os níveis de mortalidade infantil dos negros e brancos, segundo dados do Censo de 1980, era de 21%, este valor aumentou para 40% ao passarem-se quase 20 anos. Estes achados sugerem que os filhos de mães negras aumentaram, comparativamente, sua exposição ao risco de adoecer e morrer (CUNHA, 2009).

Em relação ao tempo de vida pode-se fazer uma relação com o peso, observando-se que a relação entre o peso e o tempo vida, os RN que nasceram com extremo-baixo peso e baixo peso, com os que nasceram com peso maior de 2.500g morreram em poucas horas, sugerindo a necessidade de qualificação da assistência às gestantes, uma vez que erros podem acontecer durante o pré-natal, parto e nascimento, podem acarretar morte antecipada do neonato (GEIB et al., 2010).

7 CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluir-se que:

- a) A faixa etária de maior ocorrência foi entre 15 a 35 anos, predominando as mulheres solteiras com ensino fundamental incompleto;
- b) O local do parto mais referido foi o hospital, com maior ocorrência de parto cesáreo, e duração de gestação de 32 a 36 semanas, cujo consulta do exame de pré-natal ocorreu de forma incompleta;
- c) O peso ao nascer mais evidente compreende ao peso normal (igual ou superior a 2.500kg), com predominância para o sexo masculino e cor parda, cuja incidência de óbitos ocorreu durante as 48 horas.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. Saneamento e leite materno podem reduzir mortalidade infantil. **Estadão**, São Paulo, 5 jun. 2010. Caderno Saúde, p. 13.
- ALMEIDA SDM, Barros MBA. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso controle realizado em Campinas, SP. **Rev bras epidemiol**, São Paulo, v. 7, n. 1, 2004.
- ALMEIDA, Márcia Furquim; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; ALENCAR, Gizelton Pereira; RODRIGUA, Laura C. Mortalidade neonatal no município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. **Rev. Bras. Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 5, nº 1, 2002.
- AZEVEDO, George Dantas de et al. Efeito da Idade Materna sobre os Resultados Perinatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v.24, n. 3, 2002.
- BALZA, Guilherme. Taxa de mortalidade infantil no Nordeste é duas vezes maior do que no Sul e Sudeste. **UOL notícias**, São Paulo, 17 set. 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**, 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- BRASS W. Demographic data analysis in less developed countries: 1946-1996. **Population Studies**, 1996.
- CARVALHO, Ana Berenice Ribeiro de, BRITO, Angela Sara Jamusse; MATSUO, Tiemi. Assistência à Saúde e mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24. n.3, 2007.
- COSTA, Maria Conceição Oliveira, et al. Gravidez na adolescência: associação de variáveis socioeconômicas e biomédicas materna com resultado neonatal. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Feira de Santana, Bahia, v. 29. n. 2. P. 300-312, 2005.
- CUNHA, Estela Maria Garcia de Pinto. **Moralidade infantil e raça**: as diferenças da desigualdade. Disponível em:
<http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pop_negra/boletim_rede.pdf.> Acesso em: 22 jan. 2010.
- FRANÇA, Elisabeth et al. Associação entre fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.17, n.6, p. 1437-1447, 2001.
- GAMA, Andréa de Sousa et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 11, 2009.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter; FREU, Cheila Mara; BRANDAO, Marlise; NUNES, Magda Lahorgue. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio Grande do Sul, v.15, n.2, 2010.

GIGLIO, Margareth Rocha Peixoto; LAMOUNIER, Joel Alves; NETO, Otaliba Libânio de Moraes. Via de parto e risco para a mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000. **Rev. Saúde Pública**, Goiás, v. 39, 2005.

GRANT, J. 1995. **Situação mundial da infância**, Brasília: UNICEF, 1995.

GUERRA, Lisiéle Leite; BIGUELINI, Gizieli Dichete. **Perfil da mortalidade infantil no município de Uruguaiana/RS no período de 2005 a 2009**, Rio Grande do Sul, 2010.

JOBIM, Rita; AERTS, Denise. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio Grande do Sul, v. 24, 2008.

IBGE. **Em 2008, esperança de vida dos brasileiros chega há 72, 86 anos.**

Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=507&id_pagina=1>. Acesso em: 22 out. 2010.

IMIRANTE. **SES promove oficina sobre redução da mortalidade infantil.**

Maranhão. Disponível em:

<<http://imirante.globo.com/noticias/2010/12/14/pagina261765.shtml>> Acesso em: 22 jan. 2010.

LANSKY S. et al., **A mortalidade infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal**, In: BRASIL. Ministério da Saúde, 2009.

LAURENTI, R. et al., **Estatísticas de Saúde**, São Paulo: EPU, EDUSP, 1985.

MAIA, R. R. P. **Fatores associados ao baixo peso ao nascer no município de Cruzeiro do Sul**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

MENDES, Telma de Almeida Busch; CORDIOLI, Eduardo. **Teste de fibronectina fetal para auxílio diagnóstico no trabalho de parto prematuro: uma análise preliminar de redução de custo**, Einstein: Educ Contin Saúde. 2010.

MENEZES, A. M. B. et al., Mortalidade infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, 1996.

MONTEIRO, C.A. (org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MOSCOSO, Lina; LAVOR, Thays. Ceará tem a maior redução de mortalidade infantil do país. **Diário do Nordeste**, Ceará, 15 dez. 2010.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

RAMOS, Helena Ângela de Camargo; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. **Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental**. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro, v.13. 2009.

SILVA, Cristiana Ferreira da; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; ALMEIDA, Nádia Maria Girão Saraiva de; GONDIM, Rogério Costa. 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**, Rio de Janeiro, v. 9. 2006.

SIMÕES, C. C. S.; MONTEIRO, C. A., **Tendência secular e diferenciais regionais da mortalidade infantil no Brasil**. In: MONTEIRO, C.A. (org.). Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, p. 151-156. 1995.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P. **Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras**. 2. ed., São Paulo, CEBES, Hucitec, 2010.

VIVIANI, Oswaldo. Maranhão é o 2º estado com maior mortalidade infantil. **Jornal pequeno**, Maranhão, Geral, p.8. 8 dez. 2010.

UNICEF. **Situação mundial da infância**. Caderno Brasil. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf>>. Acesso em jan. 2011.

UNITED NATIONS. **Statistical yearbook**: 44. ed. New York: United Nations, 2000.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v.28, n.8, p. 443-445, jun/jul. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2008**. Geneva: Switzerland. p. 112. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

QUESTIONÁRIO

Nº dos questionário_____

Data do preenchimento:___/___/___

Dados de identificação

Nome:_____

Nome da mãe:_____

Data de Notificação:_____

Data de nascimento ___ / ___ / ___ Data do Óbito ___ / ___ / ___

Ocupação habitual da mãe: _____

Idade da Mãe: 10 – 15 15 – 20 20 – 25 25 – 30 35 – 40 40 – 45**Estado Civil:** Solteira Casada**Grau de instrução da mãe:**

Analfabeto; 1 a 4 série incompleta do EF; 2 a 4 série completo do EF; 5 a 8 série incompleta de EF; Ensino fundamental completo; Ensino médio incompleto; Ensino médio completo; Educação superior incompleta; Educação superior completa; Ignorado

Local do Parto: Hospital Domicílio Outros**Tipo de Parto:** Vaginal Cesáreo

Duração da gestação em semanas:

- Menos de 28 semanas
 de 32 a 36 semanas
 de 37 a 41 semanas
 de 42 a mais

Consulta Pré-natal:

- Não fez Incompleto Completo

Peso ao nascer:

- Normal Baixo Peso Muito baixo peso Extremo baixo peso

Sexo:

- Masculino Feminino

Raça/Cor:

- Branco Preto Amarelo Parta Outros

Idade do óbito (horas):

- 24 horas 48 horas + 24 horas

Nome do Profissional

Assinatura**Data** ____ / ____ / ____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Doutora. Mônica Elinor Alves Gama.

End: Rua Cinza, Condomínio Costa do Sauípe, Nº 21, Loteamento Aquarela, Altos do Calhau, CEP: 65071-765, São Luis-MA.

e-mail: academico@institutolaboro.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadoras: Eduardo Ferreira Pereira, Jarlina Safira Silva Mendes, José Aguiar Mendes Junior.

CARACTERIZAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE ALTO ALEGRE DO PINDARÉ NO ESTADO DO MARANHÃO

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa a respeito da mortalidade infantil. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sra. que ajudarão a conhecer as características das mães e das crianças que vieram a óbitos em seu primeiro mês. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sra. quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A Sra. poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil sócio-demográfico, características obstétricas, características infantis, dentre outras. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal da Sra. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Alto Alegre do Pindaré, / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da pesquisa

ANEXOS