



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARBACENA-FASAB
CURSO DE ENFERMAGEM**

**GIOVANNA RICCI COELHO
SAMYRA ALVES FERNANDES SILVEIRA**

**OS ÓBITOS INFANTIS NO MUNICÍPIO DE BARBACENA-MG:
UMA INVESTIGAÇÃO DA ENFERMAGEM**

**BARBACENA
2012**

OS ÓBITOS INFANTIS NO MUNICÍPIO DE BARBACENA-MG: UMA INVESTIGAÇÃO DA ENFERMAGEM

Giovanna Rici Coelho
Samyra Alves Fernandes Silveira*

Christiane Kelly de Moura Vieira**

RESUMO

Este estudo objetiva identificar e discutir os fatores de risco para as mortes a partir de nascidos vivos, filhos de mães residentes no município de Barbacena–MG. Foi realizada pesquisa de campo do tipo quantitativa, por meio do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011. São interferentes nas taxas de mortalidade do município o tipo de parto, doenças determinantes dos óbitos, faixa etária dos neonatos e anomalias congênitas. O percentual de cesarianas no município atingiu 70% no ano de 2011. No período de 2010 a 2011, houve um aumento de 157,14% dos óbitos neonatais precoce. As variáveis de doenças determinantes dos óbitos e anomalias congênitas foram aditivas para o óbito infantil. A partir de propostas para redução da mortalidade infantil, verificaram-se efetivas as intervenções de enfermagem, que englobam a captação precoce da gestante, realização do pré-natal e incentivo ao parto normal. Também são de extrema importância para que os óbitos infantis possam ser reduzidos a garantia da implementação e atuação dos comitês de mortalidade e a contínua capacitação dos profissionais que lidam com a mulher e o recém-nascido. Para a população em geral, governos e municípios, a partir deste estudo será possível maior verificação da ocorrência dos óbitos infantis, que poderão ser controlados e diminuídos.

Palavras-chave: Mortalidade infantil. Recém-nascidos. Intervenções de enfermagem.

* Acadêmicas do 8º período do curso de Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC Barbacena – MG - e-mail: nana_rcoelho@hotmail.com; samyra_fernandes@hotmail.com.

** Enfermeira. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem na ENSP/FIOCRUZ/MS. Coordenadora da Saúde da Mulher do Município de Barbacena. Professora e supervisora de estágio hospitalar de enfermagem –UNIPAC – Barbacena- MG – email: krudelistika@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

As discussões propostas neste artigo surgiram a partir do curso sobre aleitamento materno, ministrada aos alunos de enfermagem, no qual se questionou as elevadas taxas de mortalidade infantil no município de Barbacena. De acordo com o observatório de saúde da microrregião de Barbacena, a taxa de mortalidade infantil no ano de 2006 atingiu o valor de 23,9 para cada 1000 nascidos vivos e no estado de Minas Gerais, a taxa de mortalidade correspondeu no mesmo ano a 15,4 dos 1000 nascidos vivos, mostrando a elevada incidência do município em relação ao estado. (MINAS GERAIS. 2006)¹. O índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 10 mortes para cada mil nascimentos.

A mortalidade infantil é estudada como indicador de saúde e desenvolvimento social, mostrando a relação do processo saúde e doença em conjunto com as condições socioeconômicas e sanitárias de determinada população.

Segundo Santana (2006)², a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) decorre do número de óbitos em crianças menores de 1 ano, a cada mil nascidas vivas. Indica os óbitos neonatais, ou seja, recém-nascidos (RN) com até 27 dias de vida e pós-neonatais RN de 28 dias até 1 ano. Os dados em análise encontram-se no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Considerando as elevadas taxas de mortalidade infantil contidas nos sistemas supracitados, este trabalho busca responder a seguinte questão: de que forma as ações de enfermagem irão contribuir para a redução das elevadas taxas de mortalidade no município de Barbacena?

A pesquisa foi realizada com base nas informações coletadas no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011. O estudo faz-se necessário para a obtenção de subsídios na avaliação da situação da mortalidade infantil no município de Barbacena. Ao identificar pontos estratégicos para intervenções de enfermagem como medida primordial na redução destes óbitos e suas causas, fortalece-se a importância dos cuidados de enfermagem aos recém-nascidos e às mães em gestação, além de fomentar informações para pesquisas na área.

O Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal pontua que, o obituário neonatal passou a ser o principal componente da mortalidade infantil a partir dos anos 90, e, diferentemente do observado para a mortalidade pós-neonatal, vem se mantendo

¹<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/observatorio-de-saude/municipios/BARBACENA.pdf>

²http://www.selounicef.org.br/?op=300&id_srv=2&id_tpc=&nid_tpc=&id_grp=4&add=&lk=1&nti=498&l_nti=S&itg=S&st=&dst=3

em níveis elevados. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)³.

Dessa forma, parte-se do pressuposto de que as condições socioeconômicas e culturais e o déficit na qualidade de assistência à gestante têm contribuído para o aumento da mortalidade infantil em Barbacena.

A redução do obituário infantil é um grande desafio para os serviços de saúde, governos e sociedade. Sendo assim, este estudo busca identificar os fatores de risco para a mortalidade infantil, a partir de nascidos vivos, filhos de mães residentes no município de Barbacena, sob o enfoque de causas evitáveis, destacando as principais, para possíveis intervenções da enfermagem, refletir sobre as suas causas e propor medidas preventivas e educativas para reduzir tais índices no Município de Barbacena.

2 METODOLOGIA

O presente artigo foi realizado através de pesquisa de campo do tipo quantitativa, em que foram investigados e analisados os dados de falecimento de todos os nascidos vivos, com até um ano de vida, filhos de mães residentes no município de Barbacena-MG. Foram refletidas as causas dos óbitos infantis, a faixa etária dos neonatos, o peso ao nascer, a duração da gestação, a anomalia detectada, o grau de instrução da mãe, o pré-natal, as causas determinantes, o tipo de parto e de gravidez, com a finalidade de estudar tais óbitos.

Para alcançar os objetivos desta pesquisa os dados foram coletados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) junto à Vigilância Epidemiológica Municipal / Departamento Municipal de Saúde Pública-DEMASP de Barbacena, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011.

Utilizou-se a base de dados *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* com os seguintes descritores: “mortalidade infantil”, “causas da mortalidade infantil”, “índices de mortalidade infantil”. Para tanto, foi necessário consultar e analisar manuais e pactos disponíveis pelo Ministério da Saúde e referências bibliográficas acerca deste tema.

Os dados foram apresentados por estatística do tipo descritiva, a partir de gráficos e tabelas, demonstrando os índices de mortalidade infantil no município para o desenvolvimento de ações futuras.

³<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/090.pdf>

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A realização do pré-natal é de extrema importância para a mulher, é no decorrer deste que a gestante se prepara tanto física como psicologicamente para o parto e a maternidade. O Ministério da Saúde preconiza a realização de pelo menos 6 consultas de pré-natal. A priorização da avaliação no final da gestação visa à identificação de riscos e intercorrências mais comuns nesse trimestre, como parto prematuro e óbito fetal. (BRASIL, 2004)⁴.

O período da gestação faz com que as mulheres apresentem mudanças físicas e emocionais de forma distinta, podendo gerar sentimentos como medo, angústia e dúvidas. Para tanto, o profissional de enfermagem deve estar preparado para prestar esclarecimentos e uma assistência completa e humanizada, enfatizando o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, contribuindo assim para a proteção da saúde do recém-nascido, evitando o aparecimento de doenças.

Mesmo quando o pré-natal não é objeto central da investigação, surge como fator a ser considerado para a prevenção da mortalidade. Nesse caso, é recomendado que, além da melhoria na qualidade de vida da população, a garantia da realização de um pré-natal de qualidade seja efetuada.

A assistência ao pré-natal, estabelecida neste estudo, refere-se nos anos de 2008 a 2011 onde a maioria das gestantes realizaram entre 4 a 6, e 7 ou mais consultas de pré-natal. De 2008 a 2009 houve um aumento de 10,93% no total de mulheres que realizaram 4 a 6 consultas. E em 2011 a realização de 7 ou mais consultas atingiram 62,56%.

A faixa etária que mais realizou consultas de pré-natal foi entre 21-30 anos e a faixa etária de mulheres que realizaram menos consultas foi entre 10-14 anos. Esta ocorrência vai de encontro ao estudo realizado por Kassir *et al.* (2006)⁵ que comprovou que mães adolescentes realizam menos consultas de pré-natal quando comparadas às mães adultas jovens.

Em geral, a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. (BRASIL, 2000, p. 9)⁶.

⁴ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197

⁵ <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/06.pdf>

⁶ http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf

A baixa escolaridade materna é um fator importante que pode predispor ao aparecimento de situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido. Ao analisarmos o grau de instrução das mães, identificamos que a maioria possui 2º grau completo. No ano de 2011, 54,39% correspondeu ao total de mães com essa escolaridade. O ensino superior também tem um valor elevado sendo que os anos de 2009 e 2010 atingiram um total de 23,05%. As que não possuem nenhuma escolaridade variam entre 0,27% a 0,41%.

A mortalidade infantil entre as mães com menor escolaridade pode decorrer não só do menor conhecimento destas mães quanto da importância do pré-natal, do acompanhamento de rotina de seu recém-nascido, como também do acesso mais difícil aos serviços de saúde, em virtude de uma menor condição social. No entanto, o grau de escolaridade não foi um fator que contribuiu para os altos índices da mortalidade no município. O que também foi encontrado pelos autores Martins e Velásquez-Meléndez (2004)⁷ onde ao analisarem seus dados comprovaram que o grau de instrução materna não teve relação com mortalidade neonatal. Segundo os mesmos, foi possível verificar que quando há um aumento do grau de instrução materna ocorre uma diminuição das mortes neonatais.

O tipo de gravidez pode influenciar na ocorrência de óbitos infantis. A gravidez única é aquela que possui apenas um feto dentro da placenta; a dupla possui 2 fetos (gêmeos), podendo estes serem univitelinos ou bivitelinos e tripla ou mais, três fetos ou mais.

A partir da gravidez dupla o risco de óbito é maior, pois estes nascem com um peso abaixo do valor normal, ficando propensos ao desenvolvimento de várias patologias como doença da membrana hialina, doenças respiratórias, infecções perinatais, entre outras.

Diante do exposto, esse estudo remete a análise e verificação da frequência do tipo de gravidez que mais prevalece é a gravidez única atingindo o valor de 97,66% no ano de 2010. A gravidez tripla que só ocorreu em 2010 e 2011, correspondendo a 0,20% e 0,13%.

Segundo Almeida *et al.* (2002)⁸ os óbitos neonatais estão ligados à paridade materna somente quando associadas ao nascimento de grandes múltiparas (quatro filhos anteriores e mais), e para mães que tiveram perda fetal anterior.

O estudo de Martins e Velásquez-Meléndez (2004) esvaziou, na análise multivariada, a associação entre gravidez múltipla e mortalidade neonatal. E isso, possivelmente, devido ao fato de a idade da gestação e o baixo peso ao nascer, muito frequentes entre os gemelares, serem variáveis independente associadas mais intimamente à mortalidade.

⁷ http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292004000400010&script=sci_arttext

⁸ <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v5n1/11.pdf>

O parto é a etapa final do período gestacional, momento de extrema importância, pois ocorre a separação da total dependência do feto e o instante onde a mulher finalmente sente-se mãe.

A cesariana, que antigamente era considerada um procedimento de exceção, indicada em situações de risco de vida para a gestante e/ou feto, é na atualidade um procedimento cirúrgico na maioria das vezes programado, sem a identificação médica de nenhum risco definido, cuja escolha é freqüentemente atribuída à gestante. Vale ressaltar que o melhor parto é aquele que oferece maior segurança para a mãe e para o bebê. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como ideal uma taxa de cesarianas que não ultrapasse 15%. É notório que os crescentes índices desta via de parto tem se colocado em posição de destaque. (BRASIL. 2010)⁹.

A TAB. 1 mostra como se encontram as taxas de cesarianas e partos normais em Barbacena:

TABELA 1- Frequência por tipo de parto

Tipo de parto	2008		2009		2010		2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vaginal	570	38.7	541	36.6	513	34.2	431	30
Cesário	901	61.2	932	63.1	984	65.7	1001	70
Não informado	1	0.06	2	0.13	0	0	0	0
TOTAL	1472	100	1475	100	1497	100	1432	100

Fonte: SINASC- Barbacena (2008, 2009, 2010, 2011)

Podemos observar que no município de Barbacena os partos cesarianos estão apresentando altas taxas. No ano de 2008 a cesariana correspondeu a 61.2% em relação ao parto vaginal que atingiu 38.7% dos 1472 partos realizados. Já no ano de 2011 o índice de cesariana aumentou para 70%, desfavorecendo ainda mais o parto vaginal que decresceu para 30% dos 1432 partos. No entanto esta não deveria ser a realidade, pois o parto cesário tem como objetivo de salvar vidas, mas o que se presencia é o uso indiscriminado desta via, ora visando o retorno financeiro para o médico, ora como forma de refúgio do sofrimento do

⁹ <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto>

parto normal, que para muitas mulheres ainda é vista como punição, algo desnecessário que traz degeneração corporal.

De acordo com o Ministério da Saúde o parto normal é mais seguro e aconselhado do que o parto cesáreo, pois o mesmo oferece menor risco de infecção, hemorragia e prematuridade. No entanto, a prática do parto cesariano tem sido recorrente em Barbacena, o fenômeno do aumento exagerado das indicações deste parto tem sido foco de atenção por causa do aumento da mortalidade materna e infantil. (BRASIL. 2010).

Referindo ao tempo de duração da gestação, segundo a OMS o parto é considerado prematuro quando ocorre antes da 37ª semana de gestação, sendo o recém-nascido chamado pré-termo, relacionando-se a altas incidências para o óbito infantil. A morbidade é elevada em função da imaturidade anatômica, fisiológica e da grande incidência de más formações. Embora a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros tenha melhorado nos últimos anos, a prematuridade ainda é a principal causa de morbidade e mortalidade. (BRASIL. 2010).

Os dados demonstram que entre 2008 a 2011, ocorreram 5876 nascimentos em Barbacena, com a idade gestacional variando entre 22 a 36 semanas, onde ocorre maior número destes obituários. A idade gestacional entre 32 a 36 semanas tiveram as maiores taxas, em 2008, correspondendo a 110 casos, equivalendo a 7.4% dos 1472 nascidos vivos. Já em 2011 esse número progrediu para 168 casos relacionando a 11.7% dos 1432 nascimentos.

A prematuridade é um dos grandes problemas de saúde pública. A probabilidade de morte neonatal diminui, significativamente, à medida que aumenta a duração da gestação.

Com o intuito de motivar o uso dos dados de nascidos vivos, foi realizado um estudo para identificar fatores associados ao baixo peso ao nascer, por meio de variáveis epidemiológicas e demográficas presentes na Declaração de Nascidos Vivos (DN) no município de Barbacena – MG. O elevado número de neonatos de baixo peso ao nascimento inferior a 2.500g, constitui um importante problema de saúde e é considerado o mais importante fator de risco a influenciar na sobrevivência infantil. (BRASIL. 2011)¹⁰. Quanto menor o peso, maior o risco de mortalidade dentro do primeiro ano de vida. A distribuição de peso ao nascer e as condições de saúde do recém-nascido são determinadas por diversos fatores, que se originam de condições biológicas, sociais e ambientais, as quais a mulher está exposta durante a gestação.

Na distribuição dos nascimentos, foram estudados 5876 nascidos vivos no período de 2008 a 2011. A magnitude da associação entre peso ao nascer entre 501 a 999g e o óbito

¹⁰ http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf

infantil foi acentuada, mostrando que o risco de óbito infantil duplicou nos últimos 4 anos, quando comparados aos recém-nascidos com peso ao nascer igual ou maior que 2500g.

A tendência da prematuridade mostrou-se estável aos relacionados com os outros pesos. Os recém-nascidos com baixo peso ao nascer constituem grupo de risco para mortalidade infantil nos período neonatal e pós-neonatal, e a atenção a eles deve ser priorizada pelos serviços de saúde, por meio de ações e intervenções que reduzam o impacto desse agravamento na saúde e na qualidade de vida dos recém-nascidos, evitando intercorrências, sequelas e morte no primeiro ano de vida.

Segundo Tamez e Silva (2009), a síndrome de desconforto respiratório (doença da membrana hialina – DMH) é causada pela deficiência da surfactante, levando a falência dos alvéolos (atelectasia pulmonar) de forma crescente, ocorrendo como consequência, um aumento da necessidade de oxigênio e estresse respiratório.

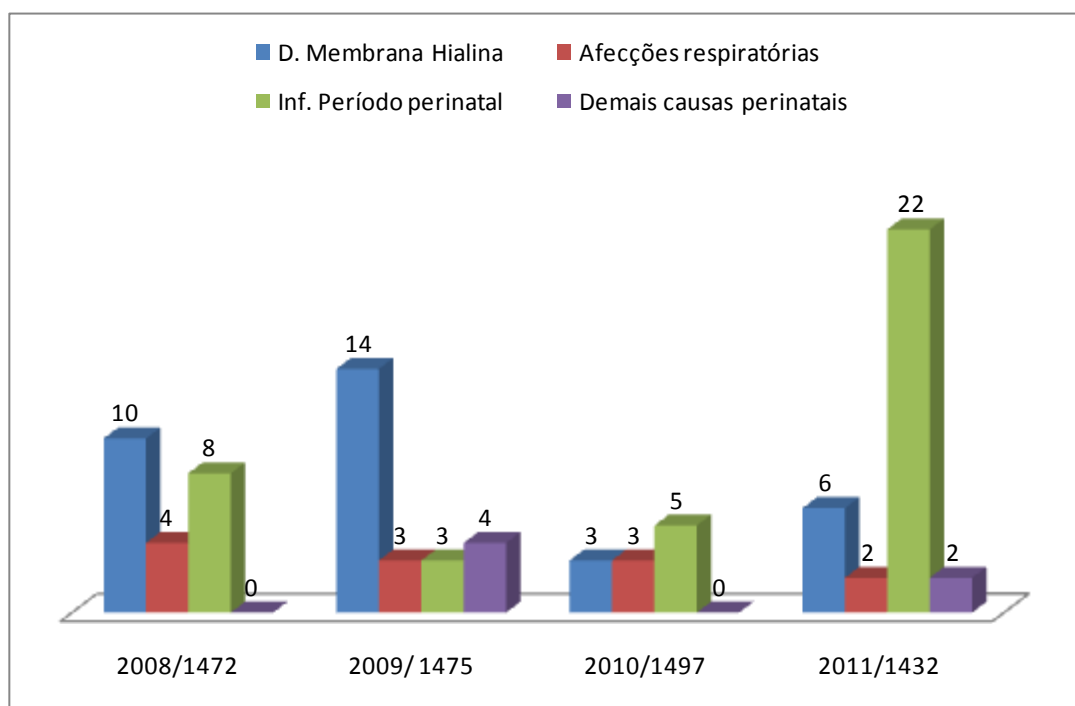
Como ressalta Mussi-Pinhata e Yamamoto (1999)¹¹, são chamadas infecções perinatais aquelas adquiridas no período antes do parto e até 3 semanas após o nascimento. A transmissão para a criança pode se dar durante o trabalho de parto, por transfusão materno-fetal. Ocorre, também, pela entrada de microorganismos na cavidade amniótica e comprometimento das membranas, do cordão umbilical e da placenta, ou devido à aspiração de líquido amniótico contaminado. A infecção pode acontecer, ainda, pelo contato da pele e mucosas gástrica e ocular do recém-nascido com sangue e secreções genitais, além de fezes maternas, que contenham microorganismos os quais estejam se replicando.

As principais causas de óbitos infantis foram representadas pela DMH e por infecções no período perinatal (compreende o período após 28 semanas completas até o fim do 7º dia completo de vida).

O GRAF.1 apresenta as principais causas que estão levando aos óbitos infantis no município de Barbacena. De acordo com o mesmo, nos anos de 2008 e 2009 a DMH atingiu os valores mais altos: 31,33% e 41,17% dos óbitos, respectivamente. As infecções no período perinatal no ano de 2011 atingiram os maiores índices, correspondendo a 45,83% das mortes. Já nos demais anos os valores foram: em 2008, um total de 26,6%; em 2009 o valor foi 8,82%; e em 2010, 29,41% dos óbitos.

¹¹ <http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-S15/port.pdf>

GRÁFICO 1- Quantificação das causas determinantes de óbitos infantis



Fonte: SIM Barbacena (2008, 2009, 2010, 2011)

A incidência é maior entre os recém-nascidos prematuros, tanto nos de 32 semanas de gestação e peso de 1.500g, quanto nos nascidos com menos 35 semanas de gestação. Nos que nascem precocemente, os pulmões estão tanto anatômica como fisiologicamente imaturos. E isso faz com que a ventilação seja reduzida, a oxigenação e a perfusão deficientes, resultando em hipoxemia, acidose metabólica, culminando com falência respiratória. Existem outros fatores que contribuem para essa síndrome, mesmo entre os recém-nascidos a termo normal da gestação. São exemplos os casos de anóxia perinatal, parto cesariano eletivo não precedida de trabalho de parto, hipotermia, diabetes gestacional, gestação gemelar (sendo o segundo gêmeo o mais afetado) e todos os outros fatores que podem levar a hipóxia durante o nascimento, com redução da produção de surfactante. (TAMEZ; SILVA, 2009).

Conforme a pesquisa de Araújo, Bozzetti e Tanaka (2000)¹², a doença da membrana hialina foi a principal causa básica de óbito. Convém ressaltar que, no ano do estudo (1995), o surfactante pulmonar não estava disponível ainda para pacientes do SUS, e, deste modo, somente os pacientes de convênios se beneficiaram da utilização desta droga que, comprovadamente, diminui muito a mortalidade pela doença. Hoje, todos os pacientes da rede pública recebem a medicação, o que contribui para a redução das mortes.

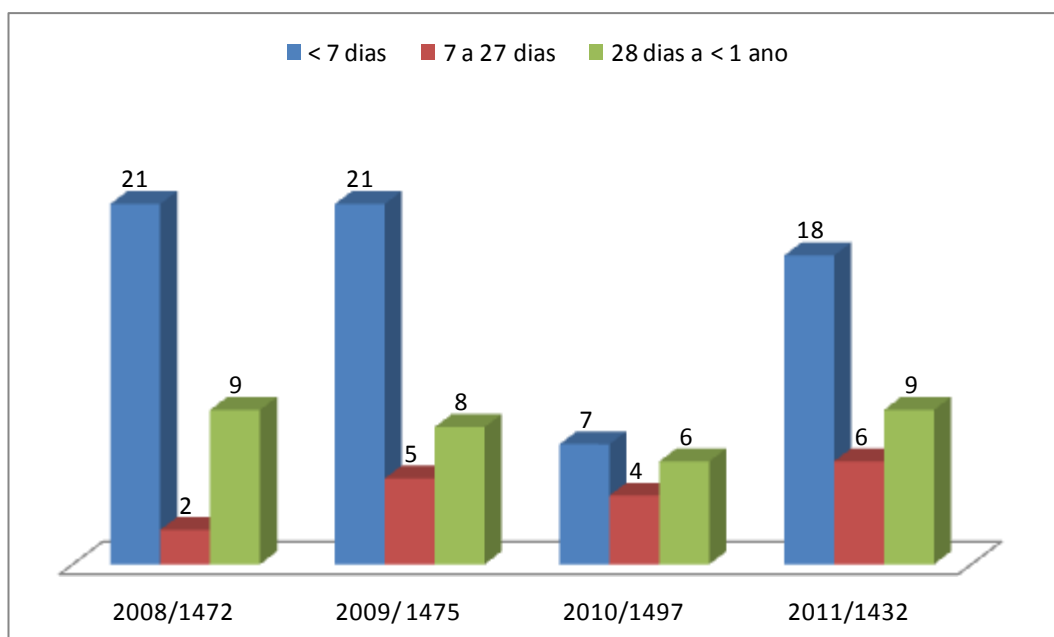
¹² <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-03-200/port.pdf>

A ocorrência de infecções congênicas e perinatais varia em diferentes populações. O seu risco dependerá de diversos elementos que interferem na saúde materna. As condições sociais, econômicas, de habitação e saneamento também facilitarão a proliferação de infecções como CMV, sífilis, toxoplasmose e infecções bacterianas. O estado de imunização natural ou ativa da população geral e das mulheres de idade fértil, os hábitos higiênicos e alimentares influenciam nas taxas de infecções congênicas, como a rubéola. Já as complicações obstétricas antes e após o parto relacionam-se à maior incidência de infecções bacterianas. O diagnóstico precoce de infecções assintomáticas só é possível caso a mãe ou o recém-nascido sejam examinados por meio de testes laboratoriais de triagem no pré-natal ou logo após o nascimento. (MUSSI-PINHATA; YAMAMOTO, 1999).

A transmissão transplacentária se inicia quando ocorre infecção materna durante o período de gestação, com os germes passando ao feto através dos vasos placentários e quando ocorre aumento da permeabilidade da membrana placentária. Entre essas infecções, destacamos a AIDS/SIDA, citomegalovírus, sarampo, rubéola, sífilis, toxoplasmose, hepatite B, herpes simples, gonorreia. (TAMEZ; SILVA, 2009, p. 218).

O GRAF. 2 demonstra que os óbitos infantis tendem a concentrar-se no período neonatal precoce (< 7 dias de vida), sobretudo durante a primeira semana de vida, evidenciando que do ano de 2010 para 2011 houve um aumento de 157,14% desses óbitos.

GRÁFICO 2- Número de óbitos de acordo com a faixa etária infantil



Fonte: SIM Barbacena (2008, 2009, 2010, 2011)

A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Alagoas, no Informe sobre a Vigilância do Óbito Infantil do ano de 2011, define que: “A mortalidade neonatal precoce associa-se, mais fortemente, ao direito de acesso e à qualidade dos serviços de saúde, da assistência pré-natal ao parto. Enquanto a pós-neonatal (28 dias a um ano) está mais associada às condições gerais de vida e saúde”. (ALAGOAS, 2011, p. 1)¹³.

No período do nascimento precoce ocorrem a maioria dos óbitos neonatais, sendo que 40% acontecem no primeiro dia de vida. Nas primeiras horas de vida o valor também é considerável, mostrando a estreita relação dos óbitos infantis e a assistência à saúde materno-infantil. Pode-se associar a mortalidade neonatal, no que se refere às causas preveníveis, que estão ligadas à utilização de serviços de saúde, assistência de qualidade ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Já as mortes pós-neonatais estão relacionadas a doenças infecciosas devido à desnutrição, sendo esta situação incomum em virtude dos recursos disponíveis em saúde e da crescente ampliação do conhecimento. Mesmo com a melhora no conhecimento dos microorganismos infectantes, da fisiopatologia das doenças infecciosas mais comuns nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI neo), e de melhores possibilidades terapêuticas, há dificuldade na redução da mortalidade causada por infecções específicas do período neonatal. Existem vários fatores que aumentam o risco de aquisição de infecções, como a idade, tempo de permanência nas UTI neo, procedimentos invasivos e maior manipulação dos recém-nascidos. (BRASIL. 2005).

A alta proporção de óbito neonatal precoce deve ser considerada pelas autoridades sanitárias e pelos profissionais de saúde, visto que nesse período da vida as questões relacionadas com a assistência materno-infantil interferem diretamente na sobrevivência ou não da criança, além da influência dos fatores sociais e biológicos como um processo multifatorial. (KNUPP, 2010, p. 99)¹⁴.

Conforme Brito *et al* (2010)¹⁵, as anomalias congênicas são defeitos na forma, estrutura e/ou função de órgãos, células ou componentes celulares existentes antes do nascimento e manifestadas em qualquer fase do desenvolvimento intra-uterino.

Os transtornos congênicos e perinatais se evidenciam como problemas de saúde que podem ser resultado da indisponibilidade de um serviço de genética clínica que assista adequadamente as gestantes.

Observa-se que os estudos cujo tema é a malformação congênita, e que são realizados por profissionais dessa área, estão voltados para o impacto das

¹³ http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/vigiobito_janeiro-12.pdf

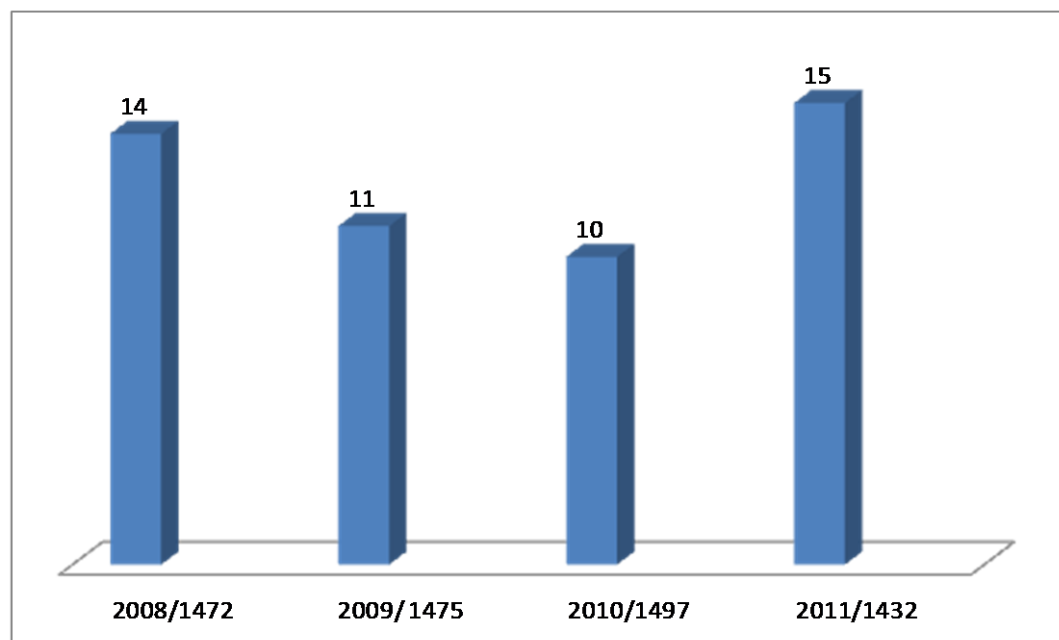
¹⁴ http://www.unirio.br/propg/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/Dissertacoes%202010/Virginia_M_A_O_Knupp.pdf

¹⁵ http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a03v11n2.htm

malformações na morbimortalidade infantil. No caso da Enfermagem brasileira, os enfermeiros pesquisam, bem mais, as deficiências físicas e suas consequências em adultos do que as malformações congênitas. E, em se tratando das deficiências visuais congênitas, essas são pouco estudadas do que aquelas. (BRITO *et al.*, 2010, p. 29).

O GRAF. 3 se refere ao quantitativo de casos de anomalias congênitas detectadas no município de Barbacena.

GRÁFICO 3- Quantificação das anomalias detectadas de 2008 a 2011 no município de Barbacena.



Fonte: SINASC Barbacena (2008, 2009, 2010, 2011)

No ano de 2010 houve maior queda em anomalias detectadas. Já em 2011 os números aumentaram em 50%.

O impacto das malformações congênitas na mortalidade infantil depende de diversos fatores, incluindo a prevalência das anomalias, a qualidade e disponibilidade de tratamento médico e cirúrgico, e a presença e efetividade de medidas de prevenção primária incluindo o pré-natal. Mas sabe-se que, por serem de difícil prevenção e diagnóstico precoce, as anomalias congênitas tornam-se mais frequentes, contribuindo para a elevação dos óbitos por esse motivo.

Crianças com malformação também apresentaram maior chance para a ocorrência do óbito neonatal. As malformações ocuparam a segunda posição entre as causas de óbito entre menores de 28 dias de vida. Considerando que as malformações congênitas que constam na DN são diagnosticadas na sala de parto, algumas malformações que necessitam de avaliação posterior, como as cardiopatias, por exemplo, são subnotificadas. (KNUPP, 2010, p. 94).

O nascimento de uma criança com mal formação, torna mais difícil a vida dos pais e o desempenho dos profissionais de saúde. Para tanto é primordial que estes profissionais busquem o contínuo aprimoramento, para que a assistência seja prestada de maneira eficiente e segura. (DIAS; SANTOS, 2007)¹⁶.

4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROPOSTAS PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

A partir de informações contidas nesta pesquisa, pode-se definir a estratégia e operacionalização dos programas voltados para a mulher e o recém-nascido.

O Ministério da Saúde preconiza a captação precoce das gestantes, com a primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação e, no mínimo, seis consultas ao final da gestação; com a realização dos exames básicos; teste anti-HIV; imunização antitetânica; classificação de risco gestacional e uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o parto. Diante deste contexto destaca-se a importância dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados no pré-natal podendo contribuir com ações educativas para um bom curso da gravidez com orientações acerca de modificações morfofisiológicas, trabalho de parto, cuidados com o RN, entre outros. O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL. 2006)¹⁷.

Neste preparo é imprescindível, uma abordagem às gestantes quantos aos sinais do trabalho de parto, bem como orientações quanto ao preparo para a maternidade.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. (BRASIL. 2006). Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto.

Portanto, é fundamental que as gestantes de risco sejam identificadas precocemente no pré-natal e recebam atenção especial durante a gestação e o parto, com os recursos de saúde sendo direcionados preferencialmente para esses grupos, pois são

¹⁶ <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a10.pdf>

¹⁷ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf

estas gestantes que geram os recém-nascidos de risco que vêm a falecer nos primeiros dias de vida. (ARAÚJO; BOZZETTI; TANAKA, 2000, p. 205-206).

Dessa forma, além da melhoria da qualidade e cobertura do atendimento pré-natal e ao parto, a prevenção de malformações exige, também, a prevenção das doenças infecciosas como: citomegalovírus, herpes, sífilis, toxoplasmose, hepatite, AIDS. Durante as consultas pré-natais, o profissional de saúde deve esclarecer a gestante sobre todos os procedimentos solicitados, inclusive a realização de exames para diagnóstico de sífilis e HIV. A explicação sobre a necessidade do exame no momento do seu pedido proporciona interesse na sua realização, sobretudo quando enfatiza o risco da infecção para o bebê.

Segundo o Manual Técnico Pré- Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada:

O diagnóstico da infecção pelo HIV, no período pré-concepcional ou no início da gestação, possibilita melhor controle da infecção materna e melhores resultados na profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Por esse motivo, obrigatoriamente esse teste deve ser oferecido, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, independentemente de sua aparente situação de risco para o HIV. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 30)¹⁸

Atualmente, muitas mulheres estão optando pela maternidade tardia, principalmente por motivos profissionais. Na maternidade após os 35 anos o risco para ocorrência das anomalias cromossômicas é maior. Antes de uma possível gravidez, é ideal que o casal já esteja familiarizado com os métodos de diagnóstico invasivos pré-natais. A imunização antes e durante a gravidez protege a mulher contra doenças potencialmente graves, preveníveis em sua maioria por vacinas como, hepatite B, tétano, meningite.

A comodidade de poder escolher o dia do parto, o medo da dor e os muitos mitos que assombram as gestantes levam as mulheres a descartarem a forma mais natural de dar à luz, optando pela cesariana, que hoje tornou-se uma prática abusiva e um grave problema de saúde pública. Portanto, a redução das cesáreas desnecessárias exige ações de humanização e qualificação da atenção básica. Com o intuito de incentivar as mulheres sobre o parto normal, a criação de cartilhas com o objetivo de orientá-las sobre o que é, os benefícios que trazem, os mitos do parto normal, proporcionará maior segurança para mãe/filho. A orientação sobre o parto normal deve fazer parte da assistência, durante o pré-natal, sendo que este é um instrumento educativo de alto potencial para mulheres durante a gestação, tendo em vista os medos e receios decorrentes do desconhecimento das modificações orgânicas e emocionais próprias ao processo da gestação onde são expressados com bastante frequência.

¹⁸ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf

Como ressaltam Ferreira e Silva (2008)¹⁹ um levantamento feito em 1997 no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) constatou que 36% dos recém-nascidos nasciam por cesariana. Este elevado índice preocupou o Ministério da Saúde, que através do SUS tem realizado a campanha “Parto Normal é Natural”, enfatizando as vantagens deste parto.

A implantação de comitês de mortalidade materna e infantil é uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde que objetivam a redução dos óbitos, a investigação e a análise da ocorrência destes. Para que seja possível o estudo das causas e de toda a etapa da gestação até a ocorrência do falecimento, é necessário assegurar a implementação e atuação destes comitês juntamente com o enfermeiro e equipe capacitada, estes identificam o problema e sugerem medidas para que as secretarias de saúde possam implementar as ações para solucionar os problemas encontrados e prevenir futuros óbitos.

A atuação do enfermeiro dentro de comitês é extremamente relevante, já que o enfermeiro tem o conhecimento técnico-científico necessário às atividades do comitê. E por estar inserido em um estabelecimento assistencial de saúde consegue obter uma visão crítica e realista das condições de saúde a qual a população está exposta e assim pode propor medidas de acordo com a realidade da população e melhorar, sobretudo a assistência prestada à saúde da mulher. (SANTOS; SILVA; LIMA, 2009)²⁰.

Para tanto, deve-se buscar contínua capacitação, treinamento e vigilância de atuação dos profissionais que lidam diretamente com a mulher e o RN, visando à observação da equipe no que se refere aos cuidados prestados de maneira efetiva.

5 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu elucidar, por meio das investigações realizadas, que a equipe de enfermagem deve estar preparada, diante da gestação, para lidar com a mortalidade infantil e que saiba transmitir para a mãe todas as informações necessárias durante o pré-natal, parto e puerpério. Não foi possível o acesso às consultas de pré-natal para verificar se é prestado de maneira efetiva, mas no estudo pode-se observar que as gestantes realizaram entre 4, 6, 7 ou mais consultas de pré-natal, o que é um fator qualitativo. O acesso aos sistemas de informação do município, SINASC e SIM, não proporcionou a avaliação dos índices socioeconômicos e culturais, pois não possuem tais indicadores.

¹⁹ http://fio.edu.br/cic/anais/2008_vii_cic/Artigos/Enfermagem/015-HUMANI.pdf

²⁰ http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2_2/Tatiane_Clenilda_e_Eneida_Coimbra.pdf

As intervenções de enfermagem apresentam, neste contexto, grande importância para a redução das mortes. A pesquisa mostra que estas interferências se fazem necessárias o mais rapidamente possível, pois são medidas preventivas no âmbito da atenção primária em saúde.

O estudo proporcionou maior conhecimento no que se refere aos óbitos infantis, quais medidas os profissionais da saúde devem tomar diante da ocorrência e para a prevenção de tais óbitos. Para a população em geral, governos e municípios, a partir desta pesquisa, será possível maior verificação das circunstâncias destes falecimentos, bem como manutenção dos comitês de mortalidade para que, por meio destes novos estudos, possam ser desenvolvidos.

THE CHILD MORTALITY IN BARBACENA MUNICIPALITY: AN INVESTIGATION OF NURSING

ABSTRACT

This study aimed to identify and discuss about the risk factors for deaths from liveborn of mothers resident in the municipality of Barbacena-MG. It was conducted field research of quantitative type. Data were obtained from the SINASC database (Information System on Live Births) and Mortality Information System (SIM), from January 2008 to December 2011. Results show that the delivery type, disease determinants of deaths, age of neonates and congenital anomalies are interfering factors in the mortality rates of the municipality. The percentage of caesarean sections in the city reached 70% in 2011. In the period from 2010 to 2011, there was an increase of 157.14% of early neonatal deaths. The variables of disease determining of deaths and congenital anomalies were additive for the children's death. From proposals to reduce child mortality, effective nursing interventions, which include the early capture of the pregnant women, achievement of prenatal and encouraging normal childbirth. Are also extremely important for infant deaths can be reduced to guarantee the implementation and operation of the committees and the continuing training of professionals dealing with women and the newborn. For the general population, governments and municipalities, from this study will be possible greater verification of infant deaths occurred, which could be controlled and reduced.

Keywords: Infant mortality. Newborns. Nursing interventions.

REFERÊNCIAS

- ALAGOAS. Secretária de Estado da Saúde do Estado de Alagoas. **Informe sobre a Vigilância do Óbito Infantil**. Alagoas, 2011. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/vigiobito_janeiro-12.pdf>. Acesso em: 9 set. 2012.
- ALMEIDA, M. F. de *et al.* Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio demográficos e assistenciais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 93- 107, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v5n1/11.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2012.
- ARAÚJO, B. F. de; BOZZETTI, M. C.; TANAKA, A. C. A. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p.200-206, 2000. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-03-200/port.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal**, Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf>. Acesso em: 15 set. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197>. Acesso em: 22 out. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/090.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Pré- Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 23 out. 2012.
- _____. Portal Brasil. **Tipos de parto**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto>>. Acesso em 22 out. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: método canguru**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf>. Acesso em 23 out. 2012.
- BRITO, V. R. de S. *et al.* Malformações congênitas e fatores de risco materno em Campina Grande — Paraíba. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 27-36, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a03v11n2.htm>. Acesso em: 12 set. 2012.

DIAS, I. M. Á. V.; SANTOS, R. da S. Os profissionais de enfermagem diante do nascimento da criança com malformação congênita. **Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 73- 79, março, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a10.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2012.

FERREIRA, D. S. B. ; SILVA, M. A. C. **Humanização na assistência ao parto**, 2008. Disponível em: <http://fio.edu.br/cic/anais/2008_vii_cic/Artigos/Enfermagem/015-HUMANI.pdf>. Acesso em: 23 out. 2012.

KASSAR, S. B. *et al.* Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 397-403, out. / dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/06.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2012.

KNUPP, V. M. de A. O. **Fatores de risco associados à mortalidade neonatal a partir de um coorte de nascidos vivos no município do Rio de Janeiro em 2005**. 2010. 122f. Dissertação (Mestrado em cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, pesquisar e ensinar)- Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.unirio.br/propg/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/Dissertacoes%202010/Virginia_M_A_O_Knupp.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2011.

MARTINS, E. F.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Determinantes da Mortalidade neonatal a partir de uma coorte de nascidos vivos, Montes Claros, Minas Gerais, 1997-1999. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 405- 412, out. /dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292004000400010&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 set. 2012.

MINAS GERAIS. **Observatório de saúde de Minas Gerais: microrregião Barbacena**. Barbacena, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/observatorio-de-saude/municipios/BARBACENA.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

MUSSI-PINHATA, M. M.; YAMAMOTO, A. Y. Infecções congênitas e perinatais. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-S15/port.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.

SANTANA, F. **Mortalidade infantil: reduzir taxas é uma questão de políticas públicas**. 2006. Disponível em: <http://www.selounicef.org.br/?op=300&id_srv=2&id_tpc=&nid_tpc=&id_grp=4&add=&lk=1&nti=498&l_nti=S&itg=S&st=&dst=3>. Acesso em: 01 set. 2012.

SANTOS, C. A. dos; SILVA, T. da; LIMA, E. C. Trajetória de um comitê de mortalidade materna. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v.2, n. 2, nov./dez. 2009. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2_2/Tatiane_Clenilda_e_Eneida_Coimbra.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2012.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. Distúrbios respiratórios. *In*: _____. **Enfermagem na UTI neonatal**: Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Cap. 14, p. 101-131.