

**7º Simpósio de Ensino de Graduação****AVALIAÇÃO DO RISCO PARA MORTALIDADE PÓS-NEONATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PIRACICABA, INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO****Autor(es)**

---

MARIANA APARECIDA RODRIGUES

**Co-Autor(es)**

---

MARCIA ALVES DE MATOS  
MARIANA RODRIGUES UBICES**Orientador(es)**

---

ANGELA MARCIA FOSSA

**1. Introdução**

---

O crescimento do ser humano é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos (Castilho e Bernice, 2005).

É considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação, saneamento básico e acesso aos serviços de saúde, refletindo, assim, as condições de vida das crianças no passado e no presente (Castilho e Bernice, 2005).

A mortalidade infantil de um determinado local reflete os níveis de saúde, desenvolvimento sócio-econômico e de condições de vida da população. A quantidade de óbitos de menores de um ano é medida através da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), considerada um dos mais importantes indicadores de saúde utilizados internacionalmente (Informe da Atenção Básica, 200)

A TMI é utilizada para estimar o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (Brasil, 2009).

A TMI é utilizada para estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida, reflete de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infra-estrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil, e também, para expressar um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade (componentes da mortalidade infantil) (Brasil, 2009).

De acordo com a Fundação - Seade (Sistema Estadual de Análise de Dados), a mortalidade infantil em Piracicaba teve a maior queda dos últimos cinco anos, passando de 11,8 em 2002 para 9,4 mortes em 2006, para cada 1000 nascidos. Segundo a Fundação, o índice é um dos menores entre as 26 cidades que integram o DRS-10 (Departamento Regional de Saúde). Em Piracicaba, o número de crianças mortas caiu 20,3% de um ano para o outro. Em 2005 foram registradas 77 mortes contra 47 no ano passado. Em 2006, nasceram aproximadamente 5.000 crianças vivas (Secretaria Municipal da Saúde de Piracicaba, 2007).

A redução da mortalidade infantil é ainda um grande desafio no País para os gestores, profissionais de saúde e para a sociedade como um todo. Apesar da queda importante na última década, decorrente da redução da mortalidade pós-neonatal (27 dias a 1 ano de vida) os índices são ainda elevados, há uma estagnação da mortalidade neonatal no país (0 a 27 dias de vida), que é o principal componente da mortalidade infantil desde a década de 90, e uma concentração nas regiões e populações mais pobres, refletindo as desigualdades sociais (Brasil, 2004).

A necessidade de redução da mortalidade infantil no País, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, zonas rurais e periferias dos grandes centros urbanos, fez com que fossem intensificadas as atividades envolvendo as famílias, em especial as mães (Relatório Anual de Avaliação - PPA 2000-2003).

As regiões que apresentam reduções significativas em Mortalidade Infantil normalmente são aquelas que investem na Atenção Básica à Saúde, na forma de incentivo ao aleitamento materno, alcance de coberturas vacinais significativas, utilização de reidratação oral, tratamento das infecções respiratórias agudas (IRA), e na oferta de atendimento no pré-natal às gestantes, além de outras ações intersetoriais, como acesso a moradia adequada e saneamento básico e aumento da escolarização das mulheres em idade fértil (Informe da Atenção Básica, 2000).

A mortalidade infantil pode ser reduzida com medidas simples de promoção de saúde. Os médicos e familiares devem estar atentos em relação a ações como adequado controle pré-natal em todas as grávidas, aleitamento materno, seguimento do calendário vacinal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê e encaminhamento para os serviços de saúde no caso do aparecimento de qualquer sinal de risco.

O PACTO Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal é um movimento político que precisa estar calcado na estrutura, nos programas e nas ações do setor Saúde, mas que não se restringe a esse setor, sendo a expressão da política de governo para enfrentamento da problemática que envolve a morte materna e a neonatal. Consiste na execução de um conjunto de ações articuladas, das diferentes esferas de governo, pela qualificação da atenção obstétrica e neonatal e que não podem prescindir da atuação da sociedade civil organizada (Informe da Atenção Básica, 2004).

Dentre suas tantas estratégias, uma delas é a de aderir à iniciativa “Primeira Semana: Saúde Integral” que intensificará o cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto. Desenvolvendo as seguintes ações, melhorar a cobertura e reforçar a vinculação da mulher e do recém-nascido à unidade básica de saúde, avaliação da mulher e do recém-nascido; orientação e apoio ao aleitamento materno; vacinas da puérpera e do recém-nascido; teste do pezinho; orientação para contracepção; agendamento da consulta de puericultura e de puerpério (Informe da Atenção Básica, 2004).

## 2. Objetivos

---

### Objetivo Geral

Identificar e caracterizar as crianças menores de 12 meses, atendidos na Unidade Básica de Saúde, em relação ao risco de mortalidade infantil.

### Objetivos Específicos

- Caracterizar as crianças segundo a faixa etária, peso ao nascer e idade gestacional.
- Caracterizar as mães segundo faixa etária, escolaridade, renda familiar e gravidez desejada.
- Identificar o risco de mortalidade infantil.

## 3. Desenvolvimento

---

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com dados quantitativos, a partir de dados secundários arquivados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Piracicaba.

Segundo Pina (2005), um estudo descritivo é aquele que ambiciona apenas estimar parâmetros de uma população, nomeadamente proporções, médias, etc. Não necessita de elaboração de hipóteses de estudo, pois trata-se apenas de uma "fotografia" da situação. Tais estudos têm a importância fundamental de serem sempre o primeiro passo da investigação. Deles nascem as hipóteses que poderão ser estudadas em estudos mais sofisticados.

Os dados secundários foram obtidos nas fichas de registros preenchidas na maternidade pela equipe de imunizadores e enviadas à UBS para o acompanhamento dessas crianças.

Foram conseguidos 150 registros, que estavam arquivados em uma pasta sem função.

Os dados foram coletados no mês de março de 2009 e correlacionados através do programa Epi Info.

## 4. Resultado e Discussão

---

Os critérios de identificação do risco ao nascer, adotados para realizar a classificação de risco para mortalidade infantil são peso ao nascer igual ou inferior a 2.500g, malformações congênitas detectadas ao nascimento, necessidade de internação do recém-nascido após alta materna, gravidez indesejada, chefe de família desempregado no momento do nascimento da criança, irmão menor de dois anos e mãe sem companheiro à época do parto (BALDIN, NOGUEIRA, 2008).

No estudo realizado foi identificada uma variação da faixa etária das crianças analisadas na fase da coleta dos dados, sendo destacado um número maior de crianças com idade, menores ou igual a 1 mês, com 2 meses, com 5 meses e com 10 meses.

Sendo que 94% dessas crianças nasceram no tempo esperado, ou seja, são crianças termos, que nasceram com idade gestacional entre 38 e 40 semanas de gestação. E 95% das crianças nasceram com o peso igual ou maior que 2500 gramas, esperados pela idade gestacional, segundo o que o Ministério da Saúde preconiza.

Na análise da faixa etária materna destacou uma alta porcentagem, 80%, com idade entre 20 e 34 anos.

Já na escolaridade analisada 43% das mães possuem o ensino médio, porém um número significativo de 23% das mães possui o ensino fundamental incompleto.

E 79% das mães possuem uma renda de até três salários mínimos, e quanto à gravidez ser desejada ou não, 64% planejaram a gravidez e 39% não planejaram. Nesse momento a enfermagem deve trabalhar com o planejamento familiar, dar orientações a essas mães e seus parceiros.

Na classificação de risco para mortalidade infantil foi observado que 83% possuem médio risco, segundo o gráfico anexado, essa classificação foi realizada através de uma análise sócio econômica.

Como existe um número grande, 125 de crianças com a classificação de médio risco para mortalidade infantil, a enfermagem deve realizar assistência através do acompanhamento do desenvolvimento dessas crianças, observando e acompanhando seu crescimento e desenvolvimento durante no mínimo, até o 1º ano de vida, através do calendário vacinal, do ganho de peso e altura da criança, da qualidade do pré natal dessa mãe, da assistência prestada ao parto humanizado, é preciso ouvir essa mãe e sua família.

Porém esse acompanhamento da enfermagem com a criança não é realizada, essa ficha nem fica no prontuário da criança.

## 5. Considerações Finais

---

Faz-se necessário que o profissional da enfermagem deve estar presente na assistência prestada a criança menor de um ano, para que possamos melhores índices de mortalidade infantil. Para isso são necessárias medidas simples de combate a mortalidade infantil, como exemplo, uma assistência humanizada, que seja individual e coletiva, para a criança, para a mãe, para a família e para a comunidade. É através de ações e orientações na saúde da mulher e da criança, com orientação e acompanhamento, constante, no planejamento familiar, no aleitamento materno, no pré natal, durante o parto, no pós parto, na assistência ao recém nascido, durante a fase pré e escolar, na saúde do adolescente. É necessário que o acompanhamento do profissional da enfermagem, esteja presente em todos os estágios acima e que os dados sejam registrados e checados, pois muitos dos prontuários analisados estavam com informações sem preenchimentos.

## Referências Bibliográficas

---

BALDIN, P. E. A., NOGUEIRA, P. C. K., Fatores de Risco para Mortalidade Infantil Pós-Neonatal, **Revista Paulista Pediatria**, 26(2):156-60, 2008.

BRASIL, Informe da Atenção Básica – Nº 2 - Mortalidade Infantil, **Ministério da Saúde**, Brasília – DF, 2000.

BRASIL, Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, **Ministério da Saúde**, Brasília – DF, 2004.

BRASIL, Informe da Atenção Básica – Nº 2 - Mortalidade Infantil, **Ministério da Saúde**, Brasília – DF, 2004.

BRASIL, Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal, **Ministério da Saúde**, Brasília – DF, 2009.

CASTILHO, S.G., BERNICE, L.O., Acompanhamento de saúde da criança: concepções das famílias do município de Cambira, Paraná, **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 129-138, maio/ago, 2005

**Anexos**

DADOS	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
<b>Faixa Etária</b>		
10 14 anos	0	0
15 a 19 anos	15	10
20 a 34 anos	120	80
35 anos ou mais	14	9,3
Não Registrado	1	0,7
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental Incompleto	41	27,3
Fundamental Completo	34	22,7
Médio	65	43,3
Superior	9	6
Não Registrado	1	0,7
<b>Renda</b>		
Nenhuma	3	2
Ate 3 SM	118	79
Mais de 3 SM	28	18
Não Registrado	1	1
<b>Planejamento da Gravidez</b>		
Sim	97	64
Não	52	35
Não Registrado	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100 %</b>

Tabela 1: Características das mães das crianças menores de 1 ano, segundo dados sócio demográficos, Piracicaba.

DADOS	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
<b>Idade Gestacional ao Nascer</b>		
Pré – Termo	6	4
Termo	141	94
Pós Termo	1	0,7
Não Registrado	2	1,3
<b>Peso ao Nascer</b>		
Menor de 2500 gramas	7	4,7
Igual ou maior de 2500 gramas	143	95,3
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Tabela 2: Características das crianças menores de 1 ano, Piracicaba.



Gráfico 1: Distribuição das crianças segundo o risco de mortalidade infantil – Piracicaba 2009.