

Análise da Mortalidade Infantil no Município de Marcolândia-PI, no Período De 2000 – 2005.

Analysis of Infantile Mortality in the City of Marcolândia-PI, the Period Of 2000 - 2005.

Vera Lúcia Dias de Almeida ¹
Evanira Rodrigues Maia ^{2*}

Resumo

A mortalidade infantil representa um indicador de saúde que transparece as condições de vida, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Segundo estudos específicos, ele ainda se apresenta alto, principalmente nos municípios brasileiros da região nordeste, cujos índices, em alguns deles, são piores que os de certos países africanos. Segundo o Ministério da Saúde b, suas causas mais freqüentes estão associadas as condições gerais de vida das populações, tais como: saneamento básico inadequado, alimentação deficiente e as demais condições sócio - econômicas, ou seja, a influência direta dos fatores ambientais sobre as crianças. Já os fatores menos influentes são os que estão vinculados à gestação e que são de controle mais difícil e complexo.No município de Marcolândia-PI foram identificadas tais causas com o propósito de contribuir para a reorganização dos serviços assistenciais e assim alcançar resultados positivos para a população infantil.

Palavras chaves: mortalidade, indicador, serviços, saúde.

Abstract

The childish death rate represents a health indicative that shows clearly the standing of living, the access and the quality of health services. According to the early studies; it still shows itself very high, mainly in the Brazilian towns of the northeast regions, whose rates, in some of them, are worse than in some African countries. According to the ministry of heath (Brazil, 2005), their more frequent causes are linked to the general standing, of living of the people, such as: wrong basics sanitation, bad feed and the other standing of living, I mean, the right influence of the environmental factors about children. But, they are more difficult to be controlled. In the municipal district of Marcolândia, Piauí were identified this causes with the purpose of contributing for the reorganization of the child welfare work and even to reach positive results for the childish population.

Keywords: death, indicative, services, health.

1-Pós-Graduação em Saude Pública - Universidade Regional do Cariri-URCA. Rua Cel. Antonio Luis, 1161, Campus do Pimenta, Crato – CE.

2- Departamento de Enfermagem - Universidade Regional do Cariri-URCA. Rua Cel. Antonio Luis, 1161, Campus do Pimenta, Crato – CE – email: evanira@bol.com.br



INTRODUÇÃO

O nível de saúde de uma população pode ser analisada através dos indicadores de saúde e de morbimortalidade apresentado ao longo dos anos.

Destes, a mortalidade infantil é um dos mais sensíveis, pois reflete as condições de vida, o acesso e a qualidade das ações e serviços de saúde.

Significa o número de crianças mortas até um ano de idade para cada mil nascidas vivas (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2000).

Conhecer então, o perfil desta mortalidade nos leva a identificar as suas causas e fatores de risco, permitindo a formulação de estratégias que permitam o seu controle.

Embora os avanços alcançados quanto aos indicadores de saúde, os coeficientes de mortalidade infantil demonstram ainda ser altos e que na maioria dos casos os óbitos poderiam ser evitados se a organização dos serviços de saúde contemplasse a capacitação de recursos humanos e o perfil das prioridades da população.

Segundo os Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal é ainda notória a diferença existente entre as regiões do país, além das desigualdades intra-urbanas, com uma concentração dos óbitos na população mais pobre (BRASIL, 2005).

De acordo com a Rede Nacional da Frente Parlamentar de Defesa da Criança e do Adolescente (2006) alguns municípios brasileiros da região Nordeste ainda ostentam índices de mortalidade infantil piores que os de países africanos, como o caso de Bela Vista do Piauí-PI, que oferece no levantamento do Ministério da Saúde, realizado entre os anos de 2001 e 2003 com o preocupante coeficiente de 86,5 mortes

para cada mil crianças nascidas vivas, sempre com idade menor que um ano.

Para se ter uma idéia do que representam estes indicadores, de acordo com o estudo do UNICEF de 2006, países africanos como o Congo, Quênia e Sudão possuem coeficientes de mortalidade infantil de 81, 79 e 63, respectivamente (BRASIL, 2006).

No Brasil, o panorama da mortalidade infantil não é mensurado pelos mesmos critérios de cálculo.

Em alguns estados brasileiros ele se baseia em dados indiretos, ou seja, não são utilizadas as informações produzidas pelos sistemas SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), devido à baixa cobertura e fidedignidade das informações. No Piauí, por exemplo, a cobertura do SIM é de 66%, valor inferior ao da região Nordeste, que foi de 72% e do SINASC de 86%.

O Ministério da Saúde só utiliza tais sistemas nos estados que atingiram índice final (cobertura e regularidade) do SIM igual ou superior a 80% e cobertura do SINASC igual ou superior a 90% (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003).

Em 2004, o coeficiente de Mortalidade Infantil do Piauí, baseado em métodos demográficos indiretos, foi de 30/1000; na região Nordeste foi de 34/1000 e no Brasil foi de 24/1000 (BRASIL, 2006).

No entanto, esta modalidade de cálculo está sujeita a imprecisões inerentes às técnicas utilizadas que se baseiam em pressupostos de difícil verificação em condições reais, sendo maior a imprecisão no caso de pequenas populações devido ao sub-registro de óbitos infantil e de nascidos vivos. Isto nos leva a refletir sobre a importância da mobilização das equipes de saúde e dos gestores na identificação do perfil da mortalidade infantil do município.

Cabe à gestão municipal constituir um sistema local de avaliação dos óbitos, com vistas à identificação destes, garantindo a qualidade das informações produzidas e incorporar a avaliação da mortalidade como indicador da atenção prestada no Sistema de Serviço de Saúde Municipal.

Percebe-se que apesar dos esforços dispensados para organizar a vigilância epidemiologia da Mortalidade Infantil, no que se refere à investigação dos óbitos ocorridos no município de Marcolândia-PI até o ano de 2005, pouco se sabe do real perfil deste.

Assim, compreender que um dos objetivos do Ministério da Saúde é reduzir a mortalidade infantil e que esta meta também é da responsabilidade da instância municipal na perspectiva de assegurar melhor organização da assistência e do serviço de informação à saúde local, esta pesquisa visa discutir o perfil de mortalidade infantil deste município buscando identificar as causas que estão levando as crianças à morte, em especial os componentes neonatais e pós-neonatais, podendo assim contribuir com a reorganização do modelo assistencial com vistas a alcançar resultados mais positivos para a população infantil.

Assim, assume-se como objeto de estudo investigar o perfil de mortalidade infantil ocorrido nos últimos seis anos neste município.

Têm-se como objetivos analisar as causas da mortalidade infantil em menores de um ano no município de Marcolândia – PI de 2000 a 2005 e especificamente, identificar quais as causas da mortalidade infantil neste município, identificar os fatores neonatais e pós-neonatais associados aos óbitos infantis.

MATERIAL E MÉTODOS

O caminho teórico-metodológico utilizado para a investigação da

problemática tem um caráter dialético que “tenta, a partir de uma perspectiva histórica, cercar o objeto de conhecimento através da compreensão de todas as suas mediações e correlações” (MINAYO, 2002).

Trata-se de um estudo descritivo de cunho quantitativo. A pesquisa foi realizada no município de Marcolândia, estado do Piauí, a uma distância de 420 km da capital, Teresina, estando pois, fora da região metropolitana, no sudeste piauiense. Conta com uma área de 140,7 km². Limita-se ao Norte com a cidade de Simões-PI; ao Sul, com o município de Caldeirão Grande do Piauí – PI; a Oeste, com o município de Francisco Macedo – PI e a Leste com a cidade de Araripina – PE.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – 2000, Marcolândia possui uma população de 6.178 habitantes, subdividida em 4.748, na zona urbana e 1.430, na zona rural. Quanto a organização dos serviços da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família, o município dispõe de uma Unidade Básica de Saúde, localizada na zona urbana e outra na zona rural, as quais estão vinculados quinze Agentes Comunitários de Saúde, três Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal.

A escolha do local da pesquisa deve-se a este município ser a área de atuação da primeira pesquisadora.

Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2007 através dos Sistemas de Informação em Saúde SIM/SINASC e o SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica para aqueles os óbitos ocorridos nos anos de 2000 a 2005, devido à disponibilidade de dados.

A amostra compreendeu todos os óbitos em menores de um ano de idade ocorridos no município de Marcolândia disponíveis no banco de dados do EPI-SIM.

Após a seleção por ano de ocorrência, os dados foram organizados de acordo com a faixa etária da criança, o local da

ocorrência, a escolaridade da mãe, tipo de parto e classificação dos óbitos segundo capítulo CID-10. Os mesmos foram dispostos em tabelas, possibilitando maior facilidade na verificação das inter-relações entre eles.

A análise e interpretação dos dados segundo LAKATOS (2005, p.169) “são duas atividades distintas, mas estreitamente relacionadas”.

Foram realizadas na perspectiva de evidenciar as relações existentes entre as causas da mortalidade infantil no município de Marcolândia e outros fatores de ordem biológica, sócio-econômica e sócio-ambiental.

Estes dados foram analisados à luz dos conhecimentos teóricos produzidos, com o objetivo de vislumbrar aspectos da realidade social envolvidos na morbimortalidade infantil em nível local.

Este estudo respeitou as prerrogativas contidas na resolução 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido devidamente autorizada pelo gestor local e dispensou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois trata-se de um estudo de base de dados secundários e no decorrer da apresentação dados que pudessem identificar as pessoas relacionadas foram omitidos como forma de preservação da privacidade, minimizar desconfortos e proteção de grupos de pessoas envolvidas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A mortalidade infantil considerada um dos mais sensíveis indicadores de saúde utilizados pela Saúde Pública, designa todos os óbitos de crianças menores de 1 ano ocorridos em determinada área em dado período de tempo. Seu instrumento de medida é o coeficiente de mortalidade infantil e também pode ser avaliada pelos seus componentes neonatais e pós-neonatais (BRASIL, 2006).

O município de Marcolândia, no período de 2000 a 2004, apresentou segundo o SIAB, as seguintes taxas de mortalidade infantil: 18,75/1000; 25,91/1000; 53,69/1000; 53,10/1000 e 72,29/1000, respectivamente. Observa-se que existe um aumento da cobertura do coeficiente no decorrer dos anos.

Existem algumas hipóteses para explicar este fato. A primeira seria o aumento da cobertura do PSF nesse período, o que levaria a melhoria da informação. Outra hipótese é a baixa resolutividade dos serviços. Segundo o Ministério da Saúde, a cobertura média do PSF, nos municípios, em 2004, foi de 62,3%, em 2002 foi de 54,8%. Revelando aumento de 10% em dois anos, concentrando-se nos municípios com menor renda, onde a mortalidade infantil apresenta índices mais elevados (BRASIL, 2006).

O município de Marcolândia se enquadra nesse conjunto de municípios. No entanto, devemos questionar o progressivo aumento do coeficiente pois, um estudo produzido pelo Ministério da Saúde e publicado em 2006, mostrou que o Programa de Saúde da Família teve impacto significativo na queda da mortalidade infantil no Brasil, no período de 1991 a 2002. Para cada aumento de 10% da cobertura do PSF a mortalidade infantil caiu 4,5% (BRASIL, 2006). O que não ocorreu neste município no referido período.

No entanto, no ano de 2005 esse indicador começa a ter uma significativa redução: sai de 72,29/1000 para 56,96/1000 (MARCOLÂNDIA, 2005).

Comparando os dados do SIAB com os do SIM/SINASC, observa-se no mesmo período (2000-2005) taxas de 31,25/1000; 31,08/1000; 52,63/1000; 47,2/1000; 62,01/1000 e 31,64/1000. Encontramos, pois, diferenças em valores absolutos.

Este fato poderá ser justificado pelo fato de que as taxas de mortalidade calculadas pelo método direto e que utiliza o

SIM/SINASC “pode exigir correções do sub-registro de óbitos infantis e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste” (BRASIL, 2005, p. 7).

Observa-se também que nos dois primeiros anos, as taxas aumentaram e nos três últimos anos, elas reduziram. Isto nos leva a observar que a cobertura do PSF aumentou, confirmando assim seu efeito positivo sobre a mortalidade infantil. Outra hipótese seria a redução continuada da fecundidade e a melhora das condições ambientais e nutricionais da população. Mas mesmo com esta diminuição, tais taxas continuam altas.

O coeficiente de mortalidade podem classificar as taxas em altas (50 por mil ou mais); médias (20-49 por mil) e baixas (menos de 20 por mil). Mede, por sua vez, o risco de morte para crianças menores de um ano. Cabe ressaltar, no entanto, que tais parâmetros devem ser periodicamente ajustados as mudanças verificadas no perfil epidemiológico em cada local. “Atualmente, vários países e poucos municípios brasileiros apresentam valores abaixo de 10 por mil” (BRASIL, 2006). Como exemplo, tem-se o estado do Rio Grande do Sul com uma taxa de 10,7 por mil, considerada a menor do Brasil que se compara aquelas obtidas em países como Chile e Cuba, 7,8 e 5,8 por mil, consecutivamente (OPAS, 2006).

Além do referencial de medida, o referido coeficiente pode ser usado para analisar variações geográficas e temporais de mortalidade infantil, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais, como este que está sendo aqui desenvolvido, também pode contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como

para a proteção da saúde infantil (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003).

Sob outro ângulo, a mortalidade infantil pode ser avaliada tendo como referencial seus componentes neonatais e pós-neonatais. Na neonatal são incluídos apenas os óbitos de menores de 28 dias de idade (até 27 dias), ao passo que a pós-neonatal ou mortalidade infantil tardia compreende os óbitos ocorridos no período que vai do 28º dia de vida até o 12º mês, antes portanto da criança completar um ano de idade. Esta subdivisão, por sua vez, permite que o impacto das medidas adotadas no controle da mortalidade infantil seja avaliado. A mortalidade infantil neonatal por sua vez, é dividida, tradicionalmente em mortalidade infantil neonatal precoce que compreende os óbitos ocorridos entre 0 e 6 dias e em mortalidade infantil neonatal tardia, entre 7 e 28 dias de vida (BRASIL, 2006).

O município de Marcolândia apresenta os seguintes dados (Tab. 1).

Tabela 1. Óbitos em menores de 1 ano por residência segundo faixa etária e ano de ocorrência (2000-2005). Município: Marcolândia – PI.

Ano	0 a 6 dias	7 a 28 dias	28 dias a 12 meses	Total
2005	3	1	1	5
2004	2	5	1	8
2003	2	-	4	6
2002	1	2	5	8
2001	2	1	3	6
2000	1	3	1	5
Total	11	12	15	38

Fonte: SIM/SINASC – Secretaria Municipal de Saúde de Marcolândia – PI.

De acordo com o exposto pode-se observar em números brutos que a maioria dos óbitos ocorre no período neonatal com 60,5% do número de óbitos. Comparando-se com os óbitos pós-neonatais, realidade esta compatível com o cenário brasileiro já

exposto no artigo intitulado “Redução da mortalidade Neonatal: um desafio atual na agenda de saúde global e nacional” de Ruth Guinsburg, no qual a autora destaca que no Brasil, a mortalidade neonatal tornou-se o componente mais importante da mortalidade infantil a partir de 1993, passando a representar, em 2001, 65% dos óbitos de crianças com menos de 1 ano. Ainda destaca que as intervenções potenciais para reduzir este número elevado de óbitos, incluem a melhoria de indicadores como: planejamento familiar, gravidez na adolescência, qualidade da assistência pré-natal, nutrição materna, acompanhamento do trabalho de parto e parto, assistência ao recém-nascido na sala de parto e na unidade neonatal e redução de baixo peso ao nascer (Guinsburg,2005)

No estudo “a mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios” de Carvalho e Gomes (2005) reconhecem que 36% dos óbitos ocorridos em menores de 5 anos são óbitos neonatais e que eles representam também 50% do coeficiente de mortalidade infantil. O que nos faz admitir que é um componente de extrema importância. Ainda, relatam que na América Latina, a taxa de mortalidade neonatal é de 25 óbitos para mil nascidos vivos que representa uma diferença de quatro vezes em relação aos países norte - americanos e europeus.

No Brasil, por sua vez, na segunda metade da década de 90, esta taxa passou a representar mais de 60% da mortalidade infantil, em oposição aos anos antes de 1990. De acordo com os autores supracitados a mudança foi por conta da maior visibilidade da mortalidade neonatal nos indicadores de saúde e pela crescente produção de estudos sobre este tema em diferentes regiões do país.

A partir de então, começou-se a revelar no início do século 21, um cenário bastante distante do preconizado e consideravelmente atrasado em relação a

outros países, no que diz respeito ao processo de organização da rede de assistência perinatal. Claro que não se pode deixar de considerar os aspectos epidemiológicos da população brasileira, marcada por discrepâncias regionais geográficas e da inserção étnica e social das famílias. “Em 2000, o percentual da região Nordeste para óbitos neonatais superou a proporção dos óbitos pós-neonatais, porém em menor valor que as regiões mais desenvolvidas do país” (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003, p.70).

De acordo com o Manual dos Comitês de Prevenção a Mortalidade Infantil e Fetal, além do sub-registro de óbitos de modo geral, a mortalidade neonatal precoce pode estar subestimada pelo registro de óbitos declarados como natimorto, que de fato são óbitos de nascidos vivos ocorridos pouco após o parto.

Estudos demonstram que para uma mesma região ou país após se organizar uma série histórica dos índices de mortalidade infantil, desdobrados em óbitos neo e pós-neonatais, a tendência segue na direção de um aumento progressivo da proporção de óbitos neonatais, cujas causas são de controle mais difícil e complexo, tais como, as anomalias congênitas ou de origem genética (ROUQUAYROL E ALMEIDA FILHO, 2003).

Poder-se-ia resumir tais causas como endógenas, ou seja, vinculadas ao processo reprodutivo, o que nos faz relacionar ao acesso e a utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN). “Cerca de 40% dos óbitos neonatais ocorre no primeiro dia de vida, e um número significativo acontece ainda nas primeiras horas de vida, evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência de saúde em maternidades” (BRASIL, 2005, p. 6).

Pelo exposto, este componente adquire uma importância fundamental no

sentido do reconhecimento da importância de se adequar o acesso da população de gestantes e crianças aos recursos que certamente podem interferir na sua sobrevivência e qualidade de vida.

Por outro lado a tabela 1 nos mostra que o componente pós-neonatal é relativamente menor que o neonatal no município de Marcolândia: seus óbitos representam 39,5% do total de óbitos no período em questão. Este componente reflete os níveis de saúde e de desenvolvimento sócio-econômico local.

Estudos comprovam que, ao se comparar diferentes países, verifica-se que quanto melhor é o nível de saúde, tanto menor é a proporção de óbitos pós-neonatais, mais sensíveis às condições sócio-econômico-ambientais (ROUQUAYROL e ALMEIDA, 2003).

É um componente fortemente sensível as intervenções sanitárias e relacionado a causas evitáveis e preveníveis, em sua maioria associadas a desnutrição e a doenças infecciosas.

Em recente artigo intitulado "Mortalidade Infantil Pós-neonatal e Qualidade da Assistência Médica: é um estudo caso controle" Caldeira, França e Goulart (2001), os autores admitem que a mortalidade neonatal tem determinantes de mais difícil intervenção e que sua frequência é maior na maioria do país, enquanto que o componente pós-neonatal da mortalidade infantil sofreu redução nas últimas décadas do Brasil devido a sua vinculação ao conceito de mortes evitáveis (complexo diarreia, pneumonia, desnutrição); atentaram para a responsabilidade dos serviços de saúde e à co-responsabilidade irrestrita da assistência médica, que se não forem capazes de intervir no processo desencadeante da doença, deveriam sê-los, pelo menos, no reconhecimento precoce e tratamento adequado.

No "Estudo de caso-controle sobre a mortalidade infantil em Caxias do Sul",

Mendes, Olinto e Costa (2006) afirmam que houve queda da mortalidade infantil com maior redução no seu componente pós-neonatal. Tal declínio deve-se aos seguintes fatores: implementação das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, o aumento da cobertura do saneamento básico, a ampliação do acesso a serviços de saúde, o avanço das tecnologias médicas, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral, a melhoria do grau de instrução das mulheres, a diminuição da taxa de fecundidade, entre outros (BRASIL, 2006).

Tabela 2. Óbitos em menores de 1 ano por residência segundo local de ocorrência no período de 2000-2005. Município: Marcolândia – PI.

Ano	Hospital	Domicílio	Total
2005	3	2	5
2004	5	3	8
2003	2	4	6
2002	3	5	8
2001	2	4	6
2000	-	5	5
Total	15	23	38

Fonte: SIM/SINASC – Secretaria Municipal de Saúde de Marcolândia – PI.

Os dados mostram que nos anos de 2000 a 2003 os óbitos de 1 ano no município de Marcolândia ocorreram em maior quantidade no domicílio, o que pode estar associado as condições de vida e saúde da população, assim como ao acesso aos serviços de saúde e a qualidade das informações pertinentes aos cuidados com o recém-nascido, que deveriam ter sido feitas no pré-natal e puerpério. Moraes Neto, e Barros (2000) demonstram que os Fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na região Centro-Oeste do Brasil guarda relação com a escolaridade, características sócio-econômicas da mãe, morbidade materna, características

biológicas e hábitos de vida da mãe, acessos à serviços de saúde durante a gestação e qualidade desses serviços, entre outros, devem ser consideradas marcadores de saúde capazes de produzir os riscos de mortalidade nos períodos neonatal e pós-neonatal de uma determinada criança.

Nos anos de 2004 e 2005 pode-se notar que houve uma reversão do quadro, isto é, o número de óbitos em menores de 1 ano no município de Marcolândia, ocorreu principalmente nos hospitais, situação que pode estar associada a melhoria do acesso à assistência médica no hospital assim como a qualidade da assistência do pré-natal. No artigo “Via de parto e risco para a mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000” Giglio, Lamounier, Morais Neto (2000) concluem que é necessário direcionamento das políticas de saúde para os hospitais públicos, locais onde atendem a população de maior risco para a morte neonatal assim como uma avaliação da acessibilidade e qualidade da assistência perinatal na rede pública, principalmente a destinada às gestações de alto risco.

Reforçando esta linha de pensamento, encontramos no estudo já citado de Morais

Neto e Barros (2000), a afirmação de que a categoria do hospital de nascimento da criança pode ser entendida como um indicador de duas dimensões: primeiro como um marcador sócio-econômico da família dos nascidos-vivos, refletindo o perfil de consumo de bens e serviços, as características culturais e nutricionais e o acesso a serviços de saúde, incluindo a assistência pré-natal desse subgrupo populacional; em segundo lugar, a categoria do hospital pode ser tomada como um indicador da qualidade da assistência prestada durante a gestação, no momento do parto e ao recém-nascido.

Neste contexto, a pesquisa de Almeida e Guinsburg (2005), “A reanimação do prematuro extremo em sala de parto: controvérsias” traz a afirmação de que a assistência adequada ao recém-nascido na sala de parto é fundamental para prevenir o aparecimento das lesões e asfixias, que levam ao óbito neonatal e, nos sobreviventes, a presença de seqüelas neurológicas, que acarretam prejuízos para a qualidade de vida da criança e de sua família.

Tabela 3. Óbito em menores de 1 ano por residência segundo a escolaridade da mãe no período de 2000 a 2005. Município: Marcolândia – PI.

Ano	Nenhuma	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 Anos	Ignorado	Total
2005	02	01	01	01	-	5
2004	02	01	01	01	03	8
2003	02	01	01	-	02	6
2002	04	01	01	01	01	8
2001	03	-	01	-	02	6
2000	02	02	01	-	-	5
Total	15	06	06	03	08	38

Fonte: SIM/SINASC – Secretaria Municipal de Saúde de Marcolândia - PI

Pode-se notar que neste município é marcante a quantidade de óbitos em menores de 1 ano de mães sem nenhuma escolaridade: 15 óbitos para um total de 38, o que representa 39,47%, seguida daquela com 1 a 3 anos de estudo e 4 a 7 anos de

estudo, cada qual com 6 representantes, o que equivale a 15,78% cada um deles. Como hipótese para explicar esta situação pode-se ressaltar que o nível de escolaridade da mãe está relacionado com a mortalidade infantil, numa proporção direta.

De acordo com Guinsburg (2005) em seu artigo intitulado “Redução da mortalidade neonatal: um desafio atual na agenda de saúde global e nacional”, o grau de instrução da mãe é considerado por diversos autores como um marcador da condição sócio-econômica da mãe e de sua família.

Além desse enfoque a autora defende que o nível educacional da mãe pode ser compreendido também como um fator relacionado ao perfil cultural e a comportamentos ligados aos cuidados de saúde que tem um efeito importante na

determinação da mortalidade infantil. Para Silva (2002/2003) em seu artigo “Diarréia Aguda: fatores de risco e manejo” o nível de escolaridade da mãe vem sendo considerado como um importante fator que influencia na capacidade de percepção das doenças, bem como de sua gravidade. Um maior nível de escolaridade ajuda as mães a enfrentarem mais efetivamente os problemas associados à pobreza, inclusive sua capacidade de identificar o risco de doenças para sua criança.

Tabela 4. Óbitos por residência por tipo de parto segundo município de Marcolândia no período de 2000 a 2005.

Ano	Vaginal	Cesário	Ignorado	Total
2005	4	1	-	5
2004	7	1	-	8
2003	1	1	4	6
2002	7	-	01	8
2001	3	1	2	6
2000	5	-	-	5
Total	27	4	7	38

Fonte: SIM/SINASC – Secretaria Municipal de Saúde de Marcolândia - PI

Os dados mostram que o município de Marcolândia – PI, no período citado, há um predomínio de ocorrência de partos normais, numa proporção de 71%, contra 10% de partos cesários e 18% de partos de natureza ignorada. Tal situação não significa que os partos normais signifiquem um indicador de mortalidade infantil, mas que precisa-se rever, por exemplo, como está sendo feito o acompanhamento do trabalho de parto e do parto. De acordo com Giglio e Morais Neto (2000) no trabalho supracitado, alguns estudos brasileiros têm mostrado maior mortalidade neonatal no parto normal quando comparado ao operatório. Segundo eles, as principais causas para explicar tal associação tem sido a má qualidade de assistência ao parto normal e alta incidência de cesárea no país.

Para MORAIS NETO e BARROS (2000), embora não haja um consenso na literatura sobre a indicação do parto cesariana para recém nascidos de muito baixo peso, alguns autores observaram uma redução da mortalidade neonatal nestes grupos de recém-nascidos submetidos ao parto cesariano, quando comparados aos nascidos por parto espontâneo.

No decorrer destes seis anos, observou-se no município de Marcolândia, de acordo com os dados do SIM/SINASC e a 10ª Classificação Internacional das Doenças (CID – 10), que a maioria (55,26%) delas está incluída no capítulo XVIII, que são intituladas como “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados, em outra parte”, que em outras palavras refere-se às causas mal definidas e desconhecidas de

mortalidade (síndrome da morte súbita na infância; outras mortes súbitas de causa desconhecida; morte sem assistência; outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade). Comparando-se este dado com as declarações de óbitos

em domicílio, onde não há preenchimento da causa da morte e os documentos preenchidos por profissionais da saúde não médicos.

Tabela 5. Óbitos por residência segundo o capítulo CID-10 no município de Marcolândia-PI no período de 2000 a 2005

Ano	Capítulo CID-10	Quantidade
2005	TOTAL	05
	X. Doenças do aparelho respiratório	01
	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	01
	XVII. Sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico e laboratorial, não classificação em outra parte	03
2004	TOTAL	08
	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	02
	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico e laboratorial, não classificados em outra parte	06
2003	TOTAL	06
	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólica	01
	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	02
	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico e laboratorial, não classificados em outra parte	03
2002	TOTAL	08
	X. Doenças do aparelho respiratório	02
	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	02
	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico laboratorial, não classificados em outra parte	04
2001	TOTAL	06
	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	01
	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	02
	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico laboratorial, não classificados em outra parte	03
2000	TOTAL	05
	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	03
	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico laboratorial, não classificados em outra parte	02

Fonte: SIM/SINASC - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) / SMS Marcolândia-PI

Os achados aqui apresentados levantam a hipótese de que o serviço de verificação e investigação de óbitos infantis do município necessita rever sua organização, bem como os serviços devem prestar melhor acompanhamento as

gestante na perspectiva de detectar precocemente agravos a saúde do feto e assim poder identificar a real causa de morte infantil e contribuindo para estabelecer ações preventivas.

Esta situação é comumente encontrada na realidade brasileira. Segundo Andrade e Szwarcwald (2007), no estudo sobre a “Desigualdades sócio-espaciais da adequação das informações de nascimentos e óbitos do Ministério da saúde, Brasil 2000 a 2002”, concluem que existe uma precariedade de dados em alguns estados, sobretudo nos localizados nas regiões Norte e Nordeste onde a proporção de óbitos classificados na rubrica “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte” representa a fração das mortes em que não houve definição da causa básica de óbito e expressa, irregularidade na qualidade da notificação das informações de óbitos. E ressaltam que a melhoria da qualidade das informações de registro das estratégias vitais constitui etapa essencial no processo de redução da mortalidade infantil.

Para Geib e Nunes (2006), que estudaram a “Incidência da síndrome da morte súbita em coortes lactentes”, referem que a síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) ocupava a oitava posição entre as causas de anos potenciais de vida perdidos e as primeiras posições como causa de mortalidade infantil pós-neonatal em países desenvolvidos. No Brasil, onde há grande incidente populacional de baixo nível sócio-cultural, segundo os autores – condição associada com a SMSL há escassez de dados quanto à incidência dessa doença e que nem mesmo consta nas estatísticas oficiais, e a necropsia não é uma conduta obrigatória, situações que podem estar encobrendo tanto a sua identificação quanto distribuição.

Observe-se que o total de 31,58% dos óbitos infantis ocorridos em menores de 1 ano, relaciona-se as causas contidas no capítulo XVI, referente a “algumas afecções originadas no período perinatal”, às quais estão relacionadas com o feto e recém-nascidos afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho

do parto e do parto, assim como transtornos relacionados com a duração da gestação e com o nascimento fetal. Situação não explicitada nas declarações de óbitos analisadas no período estruturado, mais uma vez atribui-se à má qualidade de preenchimento dos documentos existentes e até mesmo a ausência do preenchimento do espaço na Declaração de Óbito, relacionado à causa do óbito.

Encontrou-se em Marcolândia que 7,89%, dos óbitos ocorrido no período estudado, as causas do cap. X, relacionadas às doenças do aparelho respiratório. Sabe-se, no entanto que tais causas são geralmente imunopreveníveis e cujas vacinas, por exemplo, contra o haemophilus, apresenta impacto importante na redução das meningites e pneumonias provocadas por esse agente (BRASIL, 2006) o que pode justificar o baixo percentual de óbito encontrado naquele município.

De acordo com Vidal, Ximenes e Araújo (2002/2003), estudo intitulado “Avaliação do Programa de Controle das Infecções Respiratórias Aguda nos Serviços Públicos ambulatoriais do Recife, Pernambuco” demonstra que as infecções respiratórias agudas (IRAS) persistem como uma das principais causas de mortalidade entre crianças menores de um ano no Nordeste do Brasil.

Dentre os óbitos encontrou-se que 5,26% no material analisado as causas inseridas no cap. IV, intituladas de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Este baixo percentual não condiz com a situação nacional onde as diarreias representam uma das principais causas da mortalidade infantil (BRASIL, 2006).

De acordo com Silva (2002/2003) em seu artigo “Diarréia Aguda: fatores de risco e manejo” a incidência da diarreia é visivelmente maior durante o primeiro ano de vida, segundo o autor, a idade mais tenra, torna a criança mais vulnerável às condições ambientais desfavoráveis, fato agravado

pelo desmame precoce e a desnutrição. Tais condições porém não foram preponderantes na mortalidade infantil de Marcolândia, estes achados podem está relacionados a melhoria das ações reidratação no município, no entanto não podem ser afirmadas; pois nos faltam subsídios que justifiquem o por quê das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas que acometem de modo pouco significativo os menores de 1 ano daquele município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As taxas de mortalidade infantil no município de Marcolândia, no período de 2000 a 2005 são altas, tendo em vista os parâmetros nacionais; dos quais, pode-se concluir que são predominante neonatais, cujas causas relacionadas são os processos endógenos, de controle mais difícil e complexo e que têm relação com o acesso da clientela, a sua utilização aos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

A maioria dos óbitos infantis ocorreu no domicílio, refletindo aí as condições de vida e saúde; mais uma vez o acesso e a qualidade das informações vinculadas aos cuidados com o recém-nascido, que deveriam ser dadas no pré-natal e puerpério.

Atrelada a esta causa encontrou-se o baixo nível de escolaridade da mãe, que interfere na capacidade de percepção das doenças, bem como sua gravidade e assim, na identificação do risco de doença para sua criança.

O parto normal foi encontrado como um fator influente por que condiz com a qualidade da assistência durante o trabalho de parto e do parto que está ligado aos cuidados de saúde à mãe e o recém-nascido.

E por fim, pela irregularidade e má qualidade das notificações das informações

dos óbitos infantis, não deu para se concluir sobre a causa básica desses óbitos, tendo que classificá-los como “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratórios não classificados em outra parte”, o que representa uma lacuna sobre as reais causas que estão levando as crianças à morte e conseqüentemente sobre as ações preventivas que deveriam ser tomadas.

Cabe aqui a sugestão de implantação de um Comitê de Prevenção à Mortalidade Infantil e Fetal que possibilitaria uma melhor visão sobre o problema da mortalidade infantil orientando as ações de intervenções para a sua prevenção. Para tanto, faz-se necessário a atenção e o esforço especial por parte dos gestores e equipes de saúde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; SZWAREALD, Célia Landmann. Desigualdades sócio-espaciais da adequação das informações de nascimentos e óbitos do Ministério da Saúde, Brasil, 2000-2002. Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, 2007. Capturado em 09 jun. 2007. Online.Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/index.htm>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60 p.(Normas e Manuais Técnicos).

_____. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília:Ministério da Saúde, 2005. 80 p.(Normas e Manuais Técnicos).

_____. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: Relatório de Situação: Piauí.

Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 24 p.(Projetos, Programas e Relatórios).

CALDEIRA, Antônio P.; França, Elizabeth; Goulart, Eugênio M.A.. Mortalidade Infantil Pós-neonatal e Qualidade da Assistência Médica: um estudo caso controle. J Pediatr (Rio de J.), Porto Alegre, v. 77, n. 6, 2001.Capturado em 04 mai. 2007. online. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/index.htm>.

CID – 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – 10ª Revisão – vol. 1.

DE ALMEIDA MF, Guinsburg R. A reanimação do prematuro extremo em sala de parto: controvérsias. J Pediatr (Rio J). 2005; 81 (1 supl): 53-515.

DE CARVALHO M, Gomes MA. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. J Pediatr (Rio J). 2005; 81 (1 Supl): S 111 – S 118.

GEIB, Lorena T.C.; Nunes, Magda b.. Incidência da Síndrome da Morte Súbita em coorte lactentes. J Pediatr (Rio de J.), Porto Alegre, v. 82, n. 1, 2006.Pré-publicação.Capturado em 09 jun. 2007. Online. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/index.htm>.

GIGLIO, Margareth Rocha Peixoto; LAMOUNIER, Joel Alves; MORAIS NETO, Otaliba Libâneo de. Via de Parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano 2000. Rev: Saúde Pública.; São Paulo, v. 39, n. 3 2005. Capturado em 10 jun. 2007. Online. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/index.htm>.

GUINSBURG, Ruth. Redução da mortalidade neonatal: um desafio atual na agenda de saúde global e nacional. Ver. Brás. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, 2005.Capturado em 15 mai. 2007.

Online. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/index.htm>.

IBGE – Resultado da amostra do censo demográfico 2000 – Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro.

KEER – PONTES, Lígia Regina; ROUQUAYROL, Maria Zélia. Medida da Saúde Coletiva. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Epidemiologia & Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 37-38.

LAKATOS. Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. G. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 315 p.

MENDES, Karina Giane; OLINTO, Maria Teresa Anselmo; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Estudo de caso-controle sobre mortalidade infantil em Caxias do Sul. Ver. Saúde Pública., São Paulo, v. 40, n. 2, 2006.Capturado em 12 jun. 2007. Online. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/index.htm>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social. Teoria Método e Criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 80 p.

MORAIS NETO, Otaliba Libâneo de; BARROS, Marilisia Berti de Azevedo. Fatores de Risco para mortalidade neonatal e Pós-neonatal na região Centro-Oeste do Brasil: Linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2000.Capturado em 09 jun. 2007. Online. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/index.htm>.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde – 2006.

REDE NACIONAL DA FRENTE PARLAMENTAR DE DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Capturado em 21

jun. 2007. Online. Disponível na Internet:
<http://www.senado.gov.br/index.htm>.

SILVA, Gisélia Alves Pontes da. Diarréia aguda: fatores de risco e manejo. Arq. Pediatr. Recife, v. 15/16, n. ½, 2002/2003. p. 7-11.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SIAB.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE – SIM

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS – SINASC

TRABALHOS CIENTÍFICOS: Organização, redação e apresentação. 2 ed. Revisada e ampliada. Fortaleza: Edvece, 2005. 70 p.

VICTORA, César G.; CESAR, Juraci A. Saúde Materno-infantil no Brasil – Padrões de Morbimortalidade e possíveis intervenções. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Epidemiologia & Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro : MEDSI, 2003. p. 415-467

VIDAL, Suely Arruda; XIMENES, Ricardo; ARAÚJO, Thalia V. B. Avaliação do Programa de Controle das Infecções Respiratórias Agudas nos serviços públicos ambulatoriais do Recife, Pernambuco. Arq. Pediatr., Recife, v. 15/16, n. ½, 2002/2003. p. 13-21..