



DADOS LEVANTADOS ATRAVÉS DE EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS POR ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM JUNTO AO NÚCLEO DE SAÚDE DA CRIANÇA

BARONI, Aline¹; VILELA, Renata Barros².

¹ Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel.
E-mail:memibaroni@hotmail.com

² Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel.
E-mail:renatynha.v@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde. Em 1975 foi criado pelo Ministério da Saúde o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no País, a partir de sua criação foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área, já que o sistema proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. Tal análise permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio-demográfico. Desta forma, o monitoramento de óbitos torna-se uma importante estratégia de redução da mortalidade infantil, pois dá visibilidade as elevadas taxas de mortalidade no país, contribuem para melhorar o registro dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. Segundo o Ministério da Saúde, a mortalidade infantil pode ser definida como óbitos ocorridos desde o nascimento até 365 dias após o nascimento em uma dada população; a mortalidade pós-neonatal representa as mortes ocorridas entre 29 e 365 dias após o nascimento, a mortalidade neonatal representa as mortes ocorridas até 28 dias após o nascimento e a que mortalidade neonatal precoce são as ocorridas entre 0 e 06 dias e neonatal tardia entre 07 a 28 dias. O monitoramento tem como objetivo obter informações detalhadas sobre a ocorrência do óbito infantil para melhor compreensão dos problemas ocorridos e a possibilidade de prevenção de novos casos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo descritivo, com abordagem quantitativa realizado durante estágio voluntário de acadêmicas da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia/UFPel, na Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, Departamento de Saúde Pública – Saúde da Criança/ Comitê de Mortalidade Infantil, no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2009. Foram analisados os dados de mortalidade repassados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de 2008. Inicialmente foram descritos o total de óbitos e calculado o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) e seus principais componentes, a mortalidade neonatal (CMN) e a pós neonatal (CMPN). A seguir foi estimada a mortalidade segundo sexo e idade gestacional. Os coeficientes de mortalidade foram calculados por 1000 habitantes. O núcleo de saúde da criança é comunicado do óbito por meio da notificação hospitalar ou pela declaração de óbito que vai para o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), sendo assim inicia-se a investigação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2008 foi captado um total de 64 óbitos infantis em Pelotas, dos quais 34 do sexo masculino, 29 do sexo feminino e 01 ignorado. O coeficiente de mortalidade infantil foi de 16,25, o coeficiente de mortalidade pós neonatal foi de 4,57, enquanto que o de mortalidade neonatal foi de 11,68. Mais de 70 % dos óbitos ocorreram no período de até 28 dias de vida. Quanto à idade gestacional (IG) no momento do parto foi possível observar que 20 óbitos ocorreram com menos de 28 semanas, 09 entre a 28^o e 31^o semanas, 15 entre a 32^o e 36^o semanas e 20 com 37 semanas ou mais de gestação. Em geral, não são observadas diferenças relevantes na mortalidade segundo ao sexo. O risco de morte difere do sexo se comparar com a idade gestacional (IG) onde mais de 30 % dos óbitos incide com menos de 28 semanas e mais de 30% ocorre com 37 ou mais semanas de gestação. Também cabe salientar que mais de 70 % dos óbitos ocorre no período neonatal da criança (de zero até 28 dias de vida), significando um óbito para cada 85 nascidos vivos.

4. CONCLUSÃO

Em Pelotas, a redução da mortalidade infantil é um grande desafio para profissionais de saúde, gestores e comunidade. Apesar de possuir no município um quadro de profissionais qualificados, a Taxa de Mortalidade mantinha-se num patamar elevado há pelo menos duas décadas. As características apresentadas pela mortalidade infantil e o perfil de suas causas no período são sugestivas de que existem grupos populacionais que ainda apresentam precárias condições de

vida e saúde no município, demandando a realização de estudos que propiciem a sua identificação no espaço urbano e o atendimento de suas necessidades.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Análise dos Dados de Mortalidade de 2001. **Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde**, 2004. Disponível em:

□ <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mortalidade> □. Acesso em 15 ago. 2009

2 Carlos Augusto Monteiro, C. A. ; Zuñiga, H. P. P. ; Benício, M. H. D.; Rea, M. F. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, SP (Brasil), 1984-1985. III. Aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública** v.21 n.1 São Paulo 1987

3 Barros, F. C.; Victoria, C. G.; Teixeira, A. M. B.; Filho, M. P. Mortalidade perinatal e infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul: nossas estatísticas são confiáveis?. **Caderno de Saúde Pública** v.1 n.3 Rio de Janeiro Jul/Set. 1985

4 Laurenti, R. Estudo da morbidade e mortalidade perinatal em maternidades. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo v.18 n.436-47 1984.

5 Carvalho, M. L.; Silver, L. D. Confiabilidade da declaração da causa básica de óbitos neonatais: implicações para o estudo da mortalidade prevenível. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo v.29 n.342-8. out. 1995

6 Vanderley, Lygia Carmen; Arruda, Bertoldo Kruse de; Frias, Paulo Germano; Arruda, Suely. Avaliação da confiabilidade da causa básica de óbito em unidade terciária de atenção à saúde materno-infantil. **Informe Epidemiológico do SUS**. 11(1):15-23, jan.-mar. 2002. tab.