

A Mortalidade Infantil nos Municípios do Litoral Norte de São Paulo de 2003 a 2012

Child mortality in the cities of the northern coast of São Paulo from 2003 to 2012

Tânia Cristina Freitas Barbosa¹; Sílvia Regina Dias Medici Saldiva^{II}

Resumo

O artigo tem como objetivo descrever a evolução da mortalidade infantil no litoral norte de SP, considerando: os coeficientes de mortalidade infantil e seus componentes, bem como as principais causas de óbitos infantis. METODOLOGIA – Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo. A população estudada consistiu no total de crianças menores de um ano e no total de óbitos infantis dos quatro municípios do litoral norte de São Paulo, no período de 2003 a 2012. Foram realizadas análises dos indicadores quanto aos componentes da mortalidade infantil (neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal), suas tendências ao longo dos anos, suas causas; suas correlações com os critérios de classificação de causas evitáveis. RESULTADO – Persistem na região os óbitos neonatais precoces (56%), por causas perinatais (58%) e por malformações congênicas (19%), sendo a maioria evitável por intervenções relacionadas à gestação (33%), ao recém-nascido (32%) e, em menor proporção, ao parto (17%). A partir dos resultados obtidos sugerem-se a qualificação dos profissionais que realizam o pré-natal, o parto e a assistência inicial ao recém-nascido, bem como estudos que avaliem a saúde dos recém-nascidos egressos da UTI neonatal de Caraguatatuba.

Descritores: Mortalidade Infantil; Coeficiente de Mortalidade; Saúde Materno Infantil;

Abstract

The article aims to describe the evolution of infant mortality in the Northern Coast of São Paulo considering the infant mortality rates and their components as well as the main causes of infant deaths. METHODOLOGY - This is a descriptive epidemiological study. The study population consisted of children under one year old and the total number of infant deaths in the four cities of the Northern Coast of São Paulo, from 2003 to 2012. Analyses of indicators were conducted on components of infant mortality (early neonatal, late neonatal and post-neonatal), its trends over the years, its causes; their correlation with criteria for classification of preventable causes. RESULT - In the region persists early neonatal deaths (56%), due to perinatal causes (58%) and congenital malformations (19%) most of them being preventable by interventions related to pregnancy (33%), newborn (32 %) and, to a lesser extent, childbirth (17%). From the results obtained, the qualification of professionals who perform prenatal, childbirth and early newborn care is suggested, as well as studies that assess the health of newborns from the Neonatal ICU of Caraguatatuba.

Keywords: Infant Mortality; Mortality Rate; Maternal and Child Health

¹ Tania Cristina Freitas Barbosa (taninha_uba@hotmail.com) é enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de Ilhabela e é Docente em Educação Superior.

^{II} Sílvia Regina Dias Medici Saldiva (smsaldiva@isaude.sp.gov.br) é nutricionista. Doutora em Saúde Pública pela USP. Pesquisadora Científica VI, docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS do Instituto de Saúde – SES/SP.

Introdução

A mortalidade infantil é reconhecida como um importante problema de saúde pública. Reflete a qualidade de vida e o nível de desenvolvimento de uma população, bem como as condições de assistência e acesso aos serviços de saúde ^{11,12}.

As crianças são fisicamente vulneráveis às doenças e às adversidades do meio em que vivem desde o ventre materno; assim, regiões que apresentam melhores condições de vida e garantem o acesso aos serviços de saúde de qualidade, apresentam potencial para exibirem baixos coeficientes de mortalidade infantil.

A redução dos óbitos infantis está na agenda política mundial há décadas. Em 2000, após a Assembleia Mundial do Milênio promovida pela ONU, a redução da mortalidade na infância passou a compor a 4ª Meta de Desenvolvimento do Milênio a ser atingida principalmente pelos países pobres ¹⁷.

No Brasil várias políticas foram implementadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) visando à redução dos óbitos infantis, destacam-se: o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004); o Pacto pela Saúde (2006) e a Rede Cegonha ^{13,14,15}.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) é um indicador de saúde que estima o risco de morte de uma população de nascidos vivos menores de um ano. Consiste na proporção do número de óbitos em menores de um ano, em uma área e período determinado, sobre o número de nascidos vivos, no mesmo local e período, multiplicados por mil¹.

Através dele é possível compreender a magnitude do problema da mortalidade infantil de uma região, uma vez que ele permite estabelecer comparações. Ele também subsidia processos de planejamento, gestão de políticas e ações voltadas para atenção ao pré-natal, ao parto e à assistência ao recém-nascido¹⁶.

Para melhor detalhamento e compreensão, o CMI pode ser analisado de acordo com dois componentes básicos: o neonatal (referente aos óbitos ocorridos de 0 a 27 dias de vida) e o pós-neonatal (referente aos óbitos ocorridos de 28 dias até 1 ano de vida). O componente neonatal ainda pode ser subdividido em neonatal precoce (de 0 a 6 dias de vida) e neonatal tardio (de 7 a 27 dias de vida). Estas divisões e subdivisões apresentam fatores de risco distintos para a ocorrência de óbitos infantis e necessitam de estratégias de intervenções diferentes ^{8,15}.

Os fatores de risco associados à mortalidade no período neonatal são: prematuridade, baixo peso ao nascer e tipo de gravidez dupla ou mais. Já os fatores associados aos aspectos sociais e ambientais de uma população, como: saneamento básico precário, alimentação inadequada, ausência no controle das doenças infectocontagiosas, principalmente diarreias e desidratações estão mais relacionados aos óbitos ocorridos no período pós-neonatal^{5,12}.

Diversos estudos demonstram uma tendência ao decréscimo nos indicadores de mortalidade infantil brasileiros. Entretanto, desigualdades regionais e urbanas, altos coeficientes de mortalidade infantil em regiões pobres e iniquidades sociais, ainda são desafios a serem superados ^{5,12}.

De acordo com o Censo (2010) divulgado pelo IBGE, o coeficiente de mortalidade infantil no Brasil caiu 47,6% em relação a 2000. O declínio do CMI no país passou a se acentuar a partir da década de 1970. Em 1980, o CMI era de 78,5 óbitos por mil nascidos vivos, em 2009 de 19,3 e em 2010 de 15,6^{8,6}.

Estudos mostram que embora o país tenha evoluído no que se refere ao declínio dos CMIs, o indicador ainda é muito superior a países desenvolvidos. Além disso, os países desenvolvidos conseguiram uma redução simultânea da

mortalidade pós-neonatal e neonatal. Já no Brasil, a queda significativa ocorreu para os óbitos pós-neonatais. Em 2012, os óbitos neonatais representaram em torno de 70% da mortalidade em menores de 1 ano^{2,6,8,22}.

O estado de São Paulo (SP), assim como o Brasil, apresenta tendência ao decréscimo no indicador de mortalidade infantil desde 1975. Segundo dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, em 1980 o CMI no estado era de 50,9 óbitos para 1000 crianças nascidas vivas, caindo para 11,5 em 2011¹⁹.

A redução da mortalidade infantil no estado de SP nas últimas décadas associou-se principalmente às melhorias nas condições de vida e de saneamento, e repercutiram de modo significativo nos óbitos ocorridos de 28 dias a 1 ano de vida^{12,21}.

Neste estudo buscou-se analisar o comportamento da mortalidade infantil na região do litoral norte de São Paulo, composta pelos municípios de Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba. Estes municípios estão imersos nas ações políticas do estado que visam à redução dos CMIs, entretanto, são escassos estudos recentes sobre o comportamento da mortalidade infantil nesta região¹⁸.

Objetivo

O artigo tem como objetivo descrever a evolução da mortalidade infantil no litoral norte de SP entre os anos de 2003 a 2012, considerando: os coeficientes de mortalidade infantil e seus componentes, bem como as principais causas de óbitos infantis e suas classificações quanto à evitabilidade.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo. A população estudada consistiu no total

de crianças menores de um ano e no total de óbitos infantis dos quatro municípios do litoral norte de São Paulo, no período de 2003 a 2012.

Este estudo é parte de uma Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (SES/SP) cujo tema foi a Avaliação dos Comitês de Mortalidade Infantil nos municípios do litoral norte de São Paulo.

Foram obtidos dados secundários nos Sistemas de Informação em Saúde: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), referentes: ao número de nascidos vivos e aos óbitos infantis (por município de residência) de 2003 a 2012.

Os CMIs foram calculados por meio da divisão entre o número de óbitos em menores de um ano por município de residência, e o número total de nascidos vivos no ano, multiplicados por mil. Os coeficientes de mortalidade referentes aos componentes: neonatal (de 0 a 27 dias de vida); neonatal precoce (de 0 a 6 dias de vida); neonatal tardio (de 7 a 27 dias de vida) e pós-neonatal (de 28 dias a 1 a ano de vida) foram obtidos através da divisão entre o total de óbitos de cada componente pelo total de nascidos vivos no ano, multiplicados por mil.

Foram realizadas análises dos indicadores quanto aos componentes da mortalidade infantil (neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal), ao comportamento destes no decorrer da série histórica, suas causas e classificações quanto aos critérios de evitabilidade. Esses dados foram obtidos por meio do acesso ao Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal³.

No que se refere às causas básicas dos óbitos, utilizaram os principais grupos de causas definidas nos capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), disponibilizadas no Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil. A partir dessa categorização, as causas de

óbitos foram denominadas: evitáveis, não evitáveis e mal definidas, conforme a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por intervenções do SUS e serão apresentadas com o auxílio de números absolutos, percentuais e gráficos⁹.

Na análise dos dados obtidos no estudo utilizou-se o programa *Microsoft Excel 2007* para a confecção das tabelas e gráficos.

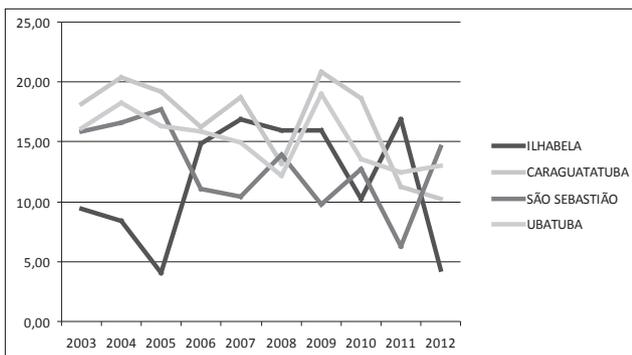
Resultados

Na série histórica de 2003 a 2012 nasceram vivas 43.728 crianças. Destas, 638 (1,46%) evoluíram ao óbito antes de completarem um ano de vida.

A região do litoral norte de São Paulo apresentou decréscimo nos CMIs no período analisado, passando de 16,07 óbitos infantis em 2003 para 11,61 óbitos infantis em 2012, por 1000 crianças nascidas vivas. O CMI da região no período analisado (2003 a 2012) foi de 14,59 óbitos infantis por mil nascidos vivos.

O gráfico 1 mostra a série histórica referente aos CMIs de cada município pertencente ao litoral norte de São Paulo. Observam-se oscilações importantes em todos os municípios. Chama a atenção o aumento dos CMIs nos municípios de Caraguatatuba e Ubatuba em 2009 (20,8 e 19,04, respectivamente), elevando o coeficiente regional.

Gráfico 1

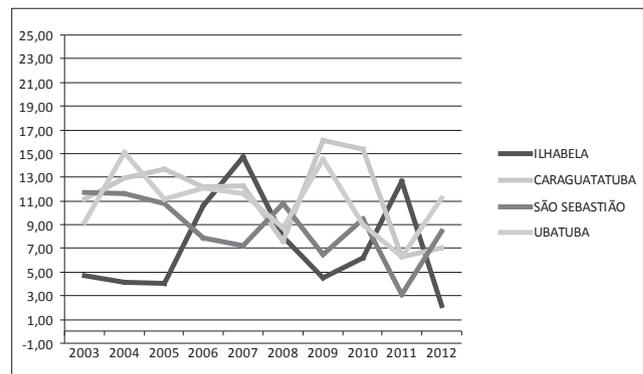


No que se refere aos componentes da mortalidade infantil, observou-se que os coeficientes de mortalidade neonatal apresentaram-se inferiores aos coeficientes de mortalidade pós-neonatal, em todos os anos analisados (2003-2012).

Do total de óbitos infantis na região do litoral norte de SP entre 2003 e 2012: 56% ocorreram no período neonatal precoce (até o 7º. dia de vida); 13% ocorreram no período neonatal tardio (do 7º. ao 27º. dia de vida) e 31% no período pós-neonatal (de 28 dias de vida até 1 ano). Os óbitos neonatais representaram 69% do total de óbitos ocorridos durante o período analisado.

O gráfico 2 mostra a distribuição dos coeficientes de mortalidade de acordo com o componente neonatal (de 0 a 27 dias de vida). Todos os municípios apresentaram oscilações significativas no período analisado. Pôde-se observar que o município de Caraguatatuba, nos anos de 2009 e 2010, apresentou coeficientes elevados (próximos a 16 e 15 óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente). Em 2011, todos os municípios apresentaram os menores coeficientes de mortalidade neonatal em todo o período, exceto Ilhabela.

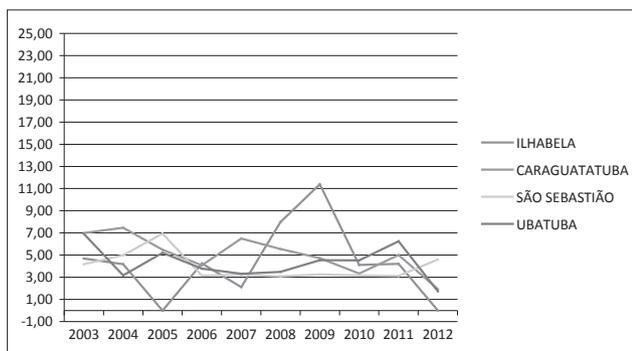
Gráfico 2



No que se refere aos coeficientes de mortalidade pós-neonatal (de 28 dias de vida até 1 ano), todos os quatro municípios apresentaram queda no indicador durante o período analisado,

no qual também são observadas oscilações. Em relação ao município de São Sebastião, após 2006, observa-se uma estabilização com valores inferiores a cinco óbitos para 1.000 crianças nascidas vivas. Já o município de Ilhabela apresentou coeficientes de mortalidade pós-neonatal elevados em 2008 e 2009 (7,9 e 11,9 respectivamente) conforme pode ser visto no gráfico 3.

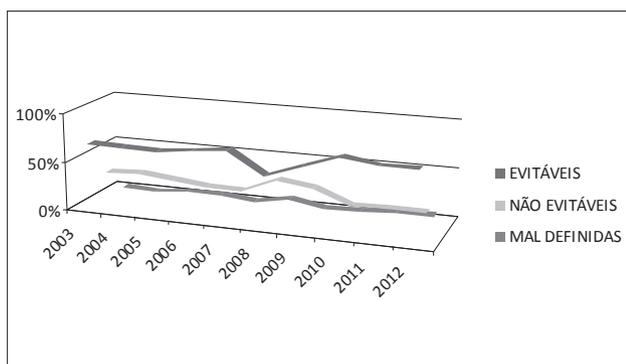
Gráfico 3



Ao se analisarem as principais causas de óbitos segundo grupo de causas da CID – 10: 58% foram relacionadas ao período perinatal, 19% foram decorrentes de malformações congênitas, deformidades e anomalias, e 5% foram causas relacionadas a doenças do aparelho respiratório.

Em relação aos óbitos evitáveis, os percentuais foram superiores a 60% até o ano de 2007, a partir de 2008 apresentaram uma queda e voltaram a aumentar em 2010 (acima de 60%) (gráfico 4).

Gráfico 4



Utilizando-se o critério de evitabilidade para as causas de óbitos⁹, na região do litoral norte, verifica-se que 33% se referem à ausência da atenção adequada à gestação, 32% ao recém-nascido e 17% ao parto.

Discussão

Este estudo mostrou que a Região Do Litoral Norte de São Paulo acompanhou o mesmo fenômeno de queda nos CMIs apresentado pelo Brasil e pelo próprio estado, passando de 16,07 óbitos infantis em 2003 para 11,61 óbitos infantis em 2012, por 1.000 crianças nascidas vivas. Não foi possível estabelecer causalidade para tal fenômeno, tendo em vista a complexidade dos determinantes dos óbitos infantis, os quais não foram explorados neste estudo.

No que se refere às particularidades municipais da região, ressalta-se que Ilhabela foi o menor município avaliado, com uma população de 27.956 habitantes, segundo o IBGE⁶. Por apresentar essa característica, as interpretações quanto aos CMIs ficam imprecisas, devido ao fato do cálculo apresentar distorções em populações pequenas, isso talvez justifique a amplitude aumentada das oscilações observadas em alguns gráficos apresentados. Quanto ao município de São Sebastião, a partir de 2005 ele mantém coeficientes menores que 15, atingido seu menor CMI em 2011: 6,25 óbitos por mil crianças nascidas vivas. Não foram observadas tendências nos CMIs de Ilhabela, Caraguatatuba e Ubatuba.

Em um estudo realizado no litoral norte de São Paulo entre os anos de 1990 e 2001⁴ sobre a mortalidade infantil mostrou como resultado elevados CMIs em todos os municípios. Entre os coeficientes mais altos, ressaltam-se: 50,86 por mil nascidos vivos em Caraguatatuba (1991); 36,83 por mil nascidos vivos em Ilhabela (1997);

36,21 em São Sebastião (1995) e 36,22 em Ubatuba (1996). Neste período, os CMIs oscilaram de 10 a 50 óbitos por mil crianças nascidas vivas, com tendência a queda.

O Brasil vem apresentando uma queda nos CMIs, evoluindo de 31,7 em 1999, para 22,5, em 2009, o que corresponde a uma queda de 29,0% no período. Esse declínio observado no País se deve principalmente às melhorias nas condições de vida e de habitação e ao aumento relativo do número de domicílios com saneamento básico adequado^{6,10, 22}.

Em pesquisas recentes, observou-se que o estado de São Paulo foi um dos estados brasileiros com o menor risco de morte infantil¹⁹.

No presente estudo, a região do litoral norte apresentou um CMI igual a 10,74 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2011, um pouco abaixo que o CMI do estado de São Paulo que foi igual a 11,55 óbitos por mil nascidos vivos no mesmo ano. O valor do CMI do estado foi 2,63% menor que o valor de 2010, e 31,95% menor que o valor do ano 2000. Salienta-se que esses valores apresentaram distinções regionais importantes no estado de São Paulo, estando a Região de Saúde de Barretos com CMI igual a 8,26 e a Baixada Santista com CMI superior a 17 óbitos por mil crianças nascidas vivas no ano de 2011. A Região de Saúde de Taubaté exibiu indicador maior que o litoral norte no período, apresentando CMI igual a 11,95²⁰.

Na região do litoral norte de SP, os óbitos neonatais representaram 69% do total de óbitos ocorridos durante o período analisado (2003 – 2012).

A partir da década de 1980 prevaleceram no Brasil os óbitos neonatais, que correspondem a cerca de 70% da mortalidade infantil na atualidade^{8,22}.

No estado de SP constatou-se que, em 2011, 68,16% dos óbitos infantis concentraram-se no

período neonatal, destes, 50% ocorreram na primeira semana de vida (período neonatal precoce). A prevalência de óbitos neonatais precoces também foi observada na região do litoral norte (56%) no período analisado²⁰.

Os maiores riscos de ocorrência de óbitos neonatais estão associados à qualidade do pré-natal, ao atendimento ao parto e aos cuidados com o recém-nascido. No entanto, a garantia da saúde perinatal não é reflexo apenas de fatores assistenciais. O desenvolvimento socioeconômico da sociedade influencia também na mortalidade neonatal, uma vez que há uma predominância destes óbitos em grupos sociais de baixa renda. Pode-se afirmar que as desigualdades econômicas no País repercutem no acesso/assistência aos serviços de saúde de qualidade⁸.

Ressaltam-se ainda as variáveis biológicas que interferem também no componente neonatal da mortalidade infantil. Em um estudo realizado em Blumenau – SC (2005) verificou-se na análise das variáveis biológicas da mortalidade infantil, que a prematuridade, baixo peso ao nascer e tipo de gravidez dupla e mais, são fatores de risco que apresentam maior associação com a mortalidade no período neonatal. Os autores destacam, ainda, que os mesmos resultados foram encontrados em diversos estudos. Os recém-nascidos prematuros e com baixo peso são considerados mais vulneráveis às doenças infecciosas, transtornos metabólicos e imaturidade pulmonar, o que aumenta o risco para a mortalidade⁵.

À medida que a mortalidade infantil diminui, a saúde neonatal passa a ser mais relevante na elaboração de políticas²².

Em relação aos componentes da mortalidade neonatal (precoce e tardio), estudos apontam que o maior investimento na gravidez de alto risco, ou seja, captação precoce das gestantes para

as consultas de pré-natal, solicitação de exames, garantia de assistência obstétrica por profissionais qualificados, bem como a utilização de unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, tem como consequência a diminuição da mortalidade fetal e o deslocamento destes óbitos para o período neonatal precoce¹¹.

Neste sentido, o Brasil tem estabelecido políticas específicas, como: o Pacto Nacional de Combate à Mortalidade Materna e Neonatal (2004); o Pacto pela Saúde (2006) e a “Rede Cegonha” (2011)^{13, 14, 15}.

O Pacto pela Saúde (2006), com o auxílio do “Pacto pela Vida”, apresenta como um dos seus principais objetivos a redução da mortalidade neonatal em 5% e a implantação dos comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes¹³.

O Pacto Nacional de Combate à Mortalidade Materna e Neonatal (2004) propõe uma série de ações, como: estimular a promoção do parto humanizado; ampliar a cobertura das equipes de saúde da família, bem como a atenção ao pré-natal na rede de Atenção Básica; intensificar os cuidados com a mãe e o bebê na primeira semana de vida; garantir leitos de UTI à gravidez de risco; garantir o acesso ao planejamento familiar no SUS, entre outras¹⁴.

Já a Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (que institui a Rede Cegonha) reconhece, mediante os seus preceitos, a necessidade de o País adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria na qualidade: do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e da assistência à criança. Entre as ações da estratégia destacam-se como fundamentais para a redução do óbito infantil: a captação precoce de gestantes para a realização das consultas de pré-natal; a detecção de gestantes de alto risco para melhorias no acompanhamento;

a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTIs); a ambiência das maternidades e o acompanhamento das crianças menores de 2 anos pela Atenção Básica¹⁵.

Em 2010, o litoral norte de São Paulo foi contemplado com a primeira UTI Neonatal em Caraguatatuba. Essa UTI tem favorecido a sobrevivência de bebês anteriormente considerados não viáveis em decorrência da prematuridade.

No que se refere aos coeficientes de mortalidade pós-neonatal, Ilhabela apresentou coeficientes em 2008 e 2009 de 7,9 e 11,4 respectivamente, voltando para valores inferiores a 5 óbitos por mil nascidos vivos em 2012. Em relação ao município de São Sebastião, após 2006, observa-se uma estabilização dos coeficientes de mortalidade pós-neonatal, mantendo valores inferiores a 5 óbitos para 1.000 crianças nascidas vivas. Em Caraguatatuba e em Ubatuba, não foram observadas tendências no período analisado.

Ao se compararem os componentes da mortalidade infantil na região do litoral norte de SP observou-se que os coeficientes de mortalidade neonatal mostraram-se superiores aos coeficientes de mortalidade pós-neonatal em todos os anos referentes ao período analisado (2003-2012).

Os coeficientes da mortalidade neonatal apresentaram menores valores em 2011 e 2012 (6,04 e 8,03 óbitos por mil crianças nascidas vivas), já os coeficientes de mortalidade pós-neonatal apresentaram queda, com o menor valor do indicador em 2012 (3,57 óbitos por mil nascidos vivos).

Na série histórica (1990-2001) realizada na região⁴ os coeficientes de mortalidade neonatal variaram em média de 8 a 29 óbitos por mil nascidos vivos. Já os coeficientes pós-neonatais variaram de 2 e 21 óbitos por mil nascidos vivos. Neste estudo, os óbitos neonatais apresentaram-se superiores aos pós-neonatais. Foi possível

perceber uma queda nos óbitos infantis no litoral norte de SP, tanto no componente neonatal como no pós-neonatal. Observou-se também que os óbitos pós-neonatais apresentaram uma queda mais acentuada de 1999 a 2012 que os óbitos neonatais no mesmo período.

Estudos²² ressaltam que de 2000 a 2008, o decréscimo dos coeficientes de mortalidade neonatal no Brasil (3,2% ao ano) foi menor que os coeficientes pós-neonatais (8,1% ao ano), o que condiz com os resultados obtidos a partir da série histórica do litoral norte de SP.

Ao se analisarem as causas de óbitos na região: 58% foram relacionadas ao período perinatal (entre 22 semanas a 6 dias de vida), 19% decorrentes de malformações congênitas, deformidades e anomalias, e 5% causas relacionadas a doenças do aparelho respiratório.

No Brasil, as afecções do período perinatal foram responsáveis por 80% dos óbitos infantis entre 2003-2005⁸.

A prematuridade tem-se destacado como principal grupo de causas perinatais e neonatais no Brasil e no mundo. Estudos indicam que essa causa está associada: à assistência ao pré-natal de qualidade (prevenção); ao manejo obstétrico (abordagem à imaturidade pulmonar) e à assistência ao recém-nascido prematuro⁸.

Em 2011, o estado de São Paulo apresentou os mesmos três grupos de causas predominantes no litoral norte: causas perinatais (57,40%), malformações congênitas (21,90%) e doenças do aparelho respiratório (5,63%). As mortes infantis por malformações congênitas foram as que apresentaram a menor diminuição das taxas e a sua participação no total das mortes infantis aumentou de 17,26% (2000) para 21,90%²⁰.

Em relação aos óbitos evitáveis na região, os percentuais foram superiores a 60% até o ano de 2007, a partir de 2008 eles apresentaram

uma queda e voltaram a aumentar em 2010 (acima de 70%). Verificou-se ainda que de 2003 a 2012, 33% dos óbitos evitáveis associaram-se à ausência da atenção adequada à gestação, 32% ao recém-nascido e 17% ao parto. Os óbitos não classificados resultaram em 4%.

Em um estudo que analisou os óbitos infantis investigados pelo Comitê Regional da 15ª. Regional de Saúde do Paraná foram considerados evitáveis 60 a 70% dos óbitos investigados entre 2005 e 2006, e 52,4% foram considerados evitáveis por meio da adequada atenção à gestação, ao parto e ao recém-nascido, e 4,9% foram classificados como causas mal-definidas. Esses resultados são equiparáveis aos resultados observados na região do litoral norte de SP¹¹.

Considerações finais

Este estudo buscou descrever a evolução da mortalidade infantil no litoral norte de SP entre os anos de 2003 a 2012, considerando: os coeficientes de mortalidade infantil e seus componentes, bem como as principais causas de óbitos infantis e suas classificações quanto à evitabilidade.

Os CMIs nos municípios da região apresentaram valores decrescentes entre 2003 e 2012, embora sejam observadas oscilações no período. Quanto aos componentes da mortalidade infantil, os coeficientes de mortalidade neonatal mostraram-se superiores aos coeficientes de mortalidade pós-neonatal em toda a série histórica.

Persistem na região os óbitos neonatais precoces (56%), decorrentes de causas perinatais (58%) e malformações congênitas (19%), sendo a maioria evitável por intervenções relacionadas à gestação (33%), ao recém-nascido (32%) e, em menor proporção, ao parto (17%).

A concentração de óbitos no período neonatal precoce e o alto percentual de causas perinatais mostram a necessidade de investimentos na qualificação dos profissionais que realizam o pré-natal, o parto e a assistência inicial ao recém-nascido, uma vez que as causas de óbitos neste período estão ligadas principalmente à assistência dispensada no período perinatal.

A implantação de políticas de incentivo ao fortalecimento dos Comitês de Investigação da Mortalidade Infantil também se mostra relevante, pois estes desvendam as causas desencadeantes dos óbitos e propõem ações ao gestor de saúde municipal, favorecendo assim prevenção da mortalidade infantil por causas evitáveis.

A partir deste estudo, sugerem-se ainda, pesquisas que avaliem a saúde dos recém-nascidos egressos da UTI neonatal de Caraguatatuba (e outras UTIs regionais) e o seguimento destes na rede de Atenção Básica dos municípios. Os recursos tecnológicos dispensados ao recém-nascido na UTI neonatal têm garantido a sobrevivência de bebês considerados anteriormente como não viáveis. Estudos com esse grupo populacional viabilizarão nova e melhor abordagem clínica e social visando à prevenção da mortalidade neonatal na região.

Referências

1. Costa AJL, Kale PL, Vermelho LL. Indicadores de saúde. In: Medronho R. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 33 - 55.
2. Datasus - Departamento de Informática do SUS [homepage na internet]. Indicadores de Saúde [acesso em 2 abr 2013]. Brasília (DF). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>
3. Datasus - Departamento de Informática do SUS [homepage na internet]. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal [acesso em 20 maio 2013]. Brasília (DF). Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>
4. Formaggia DM, Toia RMC, Romeiro SA. Evolução da Situação da Saúde do Litoral Norte do Estado de São Paulo e a Busca de Indicadores de Saúde Ambiental [monografia na Internet]. São Paulo; 2005 [acesso em 20 dez 2012]. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa15>
5. Helena ETS, Sousa CA, Silva CA. Fatores de risco para mortalidade neonatal em Blumenau, Santa Catarina: linkage entre bancos de dados. Rev Bras Saude Mat Inf [periódico na internet]. 2005 [acesso em 28 jun 2013]; 5(2):209-217. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292005000200010&script=sci_arttext.
6. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores de sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010. [acesso em 5 abr 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
7. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2010 [monografia na internet]. Rio de Janeiro; 2011. [acesso em 5 abril de 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
8. Lansky S, França E. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas [monografia na internet]. 2008. [acesso em 5 de abril de 2012]. Disponível em: www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF.
9. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Neto OLM, Moura L, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol Serv Saúde [periódico na internet]. 2007 [acesso em 28 jun 2013]; 16 (4): 233-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292012000300007&script=sci_arttext.
10. Mansano NH, Mazza VA, Soares VMN, Araidi MAR, Cabral VLM. Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. Cad Saúde Públ [periódico na internet]. 2004 [acesso em 28 jun 2013]; 20 (1):329-332. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/51.pdf>.
11. Mathias TAF, Assunção NA, Silva GF. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do estado do Paraná. Ver Esc enferm USP [periódico na internet]. 2008 [acesso em 28 jun 2013]; 42 (3): 445-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005.
12. Mendes S JD. A redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo. BEPA. Bol Epidemiol [periódico na internet]. 2009 [acesso em 28 jun 2013]; 6(69): 1-11. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa69_gais.htm.

13. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília (DF); 2006. v.1, 76p.
14. Ministério da Saúde. Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal [monografia na internet]. Brasília (DF); 2004 [acesso em 5 de abr 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/.
15. Ministério da Saúde. Portaria n. 1459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do SUS – a Rede Cegonha. [portaria na internet]. Brasília, DF; 2011 [acesso em 28 de jun 2013]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/html>
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de prevenção [monografia na internet]. Brasília (DF); 2009. [acesso em 28 jun 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf
17. PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento., 2000 [homepage na internet] Objetivos para o desenvolvimento do Milênio [acesso em abr 2012]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>.
18. SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [homepage na internet]. Índice Paulista de Responsabilidade Social. [acesso em 2 de abril de 2012]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/projetos/iprs/>
19. SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [homepage na internet]. Indicadores de saúde [acesso em 20 maio 2013]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.
20. SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [homepage na internet]. Análises: em São Paulo a taxa de mortalidade infantil manteve-se decrescente em 2011 [acesso em 20 maio 2013]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/mortinf>
21. Venâncio SI, Paiva R. O processo de implantação dos comitês de investigação do óbito infantil no Estado de São Paulo. Ver Bras Saúde Mat Infant [periódico na internet]. 2010 [acesso em 28 jun 2013];10 (3): 369-375. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292010000300010&script=sci_arttext.
22. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde no Brasil 2: Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios [monografia na internet]. 2011. [acesso em 10 maio 2012]. Disponível em: www.thelancet.com.