

CURSO DE ENFERMAGEM

Silvana Spall Eisenhardt

**PERFIL DOS ÓBITOS DE CRIANÇAS COM MENOS DE UM ANO DE IDADE,
RESIDENTES EM SANTA CRUZ DO SUL**

Santa Cruz do Sul

2017

Silvana Spall Eisenhardt

**PERFIL DOS ÓBITOS DE CRIANÇAS COM MENOS DE UM ANO DE IDADE,
RESIDENTES EM SANTA CRUZ DO SUL**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Maitê da Silva Lima

Santa Cruz do Sul

2017

Santa Cruz do Sul, julho de 2017.

PERFIL DOS ÓBITOS DE CRIANÇAS COM MENOS DE UM ANO DE IDADE,
RESIDENTES EM SANTA CRUZ DO SUL

Silvana Spall Eisenhardt

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para
obtenção do título de Enfermeiro

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Enf.^a Ms. Maitê da Silva Lima
Prof^a Orientadora

Prof^a Enf^a. Ms. Maria Salette Sartori
Participante da banca de avaliação

Prof^a. Enf^a. Dr^a. Vera C. Somavilla
Participante da banca de avaliação

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Diná, obrigada por cuidar de mim todos os dias. Apoiando-me em todas as minhas escolhas, as certas e as erradas. Hoje cuida de meu amor maior, meu filho Vitor, para que eu siga em busca de mais uma realização, ser enfermeira!

Agradeço minha irmã querida, de um coração enorme, todos os conselhos e apoio financeiro. Meu amor por você é infinito!

Ao meu marido, que admiro tanto por seu caráter. Merece o que o mundo tem de melhor para te dar. Fez de mim uma pessoa melhor. Que eu nunca te decepcione!

Ao meu filho Vitor, agradeço principalmente por ser sua mãe. Tudo que faço é em busca de um mundo melhor para você.

À minha família! Em especial as minhas sobrinhas lindas, Antônia e Valentina, quero ser motivo de orgulho para vocês.

Um agradecimento muito especial a minha orientadora Maitê, que me aceitou. Que dispensou seu tempo, bem mais que o programado. *Como colocar em palavras sentimentos, fatos, agradecimentos?* É uma amiga muito querida (que por motivos muito maiores Deus te trouxe para perto de nós), um exemplo a ser seguido! Obrigada por tudo! Por mais uma vez estar perto de mim em um momento tão especial! Minha eterna gratidão!

Ao meu pai querido, Nestor, que nos deixou tão cedo. Que sem dúvida olha por nós do paraíso onde se encontra. A saudade é imensa! Dedico a você este trabalho e cada minuto na universidade!

“É tão fácil desperdiçar nossas vidas: nossos dias, nossas horas, nossos minutos. É tão fácil existir ao invés de viver. A menos que você saiba que existe um relógio marcando o tempo. Muitos de nós mudamos nossas vidas quando ouvimos o relógio biológico, e decidimos ter filhos. Mas este som é um murmúrio se comparado aos sinos da mortalidade.”

— Anna Quindlen

RESUMO

O presente estudo transversal, descritivo, do tipo pesquisa documental, teve por objetivo geral analisar as características dos óbitos de crianças com menos de um ano de idade, residentes em Santa Cruz do Sul, de 2013 a 2016 a partir da análise das Fichas de Investigação de Óbito Infantil e Fetal dos óbitos em menores de um ano, residentes nesta cidade e a partir da análise das informações disponíveis no Portal BI (Business Intelligence) Saúde perfis Gestor Municipal e Gestor Estadual, relacionadas à mortalidade infantil. Os integrantes da pesquisa foram os recém-nascidos e as crianças que foram a óbito antes de completarem um ano de idade. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora a partir dos registros disponíveis e os dados foram sistematizados e analisados no software estatístico SPSS v 20.0. Os principais resultados dizem respeito a um coeficiente de mortalidade infantil de 9,79 por mil nascidos vivos neste período, abaixo da meta estadual; média de idade materna e maiores prevalências fora das faixas consideradas de risco; bom nível de escolaridade na maioria dos casos e excelentes resultados relacionados à realização do pré-natal e início precoce do mesmo. Em relação aos casos de óbito obteve-se uma maior prevalência de óbitos infantis no sexo masculino, em crianças da raça branca, prematuros, com extremo baixo peso ao nascer. Como causas principais de óbitos identificou-se prematuridade, seguida de malformações congênitas e infecção, seguindo o padrão nacional. Percebeu-se que algumas características assemelham-se com resultados encontrados por outros autores, principalmente em relação aos resultados da região Sul, de forma geral, além de uma necessidade de maior aprofundamento acerca da qualidade da atenção pré-natal e da comparação com os dados em relação aos casos de nascidos-vivos que não evoluíram para óbito.

Palavras-chave: Criança; Epidemiologia

ABSTRACT

This cross - sectional, descriptive, documentary research study had the general objective of analyzing the characteristics of the deaths of children under one year old residing in Santa Cruz do Sul from 2013 to 2016, based on the analysis of the Investigation Data Sheets Of Infant Death and Fetal Deaths in children under one year of age residing in this city and based on the analysis of the information available in the BI (Business Intelligence) Portal profiles Municipal Manager and State Manager, related to infant mortality. Researchers were newborns and children who died before they were one year old. The data collection was performed by the researcher from the available records and the data were systematized and analyzed in SPSS v 20.0 statistical software. The main results refer to a coefficient of infant mortality of 9.79 per thousand live births in this period, below the state goal; Mean maternal age and higher prevalences outside the ranges considered as risk; Good level of education in most cases and excellent results related to the accomplishment of prenatal and early onset of it. Regarding the cases of death, a higher prevalence of male infant deaths was observed in white, preterm, and extremely low birth weight infants. The main causes of death were prematurity, followed by congenital malformations and infection, following the national pattern. It was noticed that some characteristics resemble results found by other authors, mainly in relation to the results of the South region, in general, besides a need to deepen the quality of prenatal care and the comparison with the data on cases of live births that did not evolve to death.

Keywords: Child; Epidemiology;

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	OBJETIVOS	11
1.1.1	Objetivo geral.....	11
1.1.2	Objetivos específicos.....	11
1.2	Justificativa	11
1.3	Hipóteses.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1	Mortalidade infantil	13
3	METODOLOGIA.....	20
3.1	Tipo de pesquisa	20
3.2	Local de pesquisa	20
3.3	Integrantes do estudo	20
3.4	Coleta de dados	21
3.5	Procedimentos técnicos	21
3.6	Aspectos éticos	21
3.7	Análises de dados.....	22
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	23
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS	33
	ANEXO A – Declaração de Óbito (DO)	35
	ANEXO B – Declaração de Nascido Vivo (DNV)	36
	ANEXO C – Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal.....	37
	ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP.....	41

1 INTRODUÇÃO

Em toda a história da humanidade e há algumas décadas, as crianças morriam mais que os adultos, e a época de maior mortalidade se concentravam no primeiro ano de vida. A medida que o conhecimento sobre as doenças, nutrição, saneamento básico e higiene foram aprofundadas e disseminadas a possibilidade de morrer mais tarde aumentou. Paralelo a isso, foi se modulando a ideia de que somente as condições econômicas eram responsáveis pelos óbitos em crianças menores de um ano de idade (FILHO; MENDES, 1986).

A mortalidade infantil é um forte indicador das condições de vida e saúde de uma determinada população. Considerado um dos mais sensíveis indicadores de condições de vida, nível de alfabetização, da saúde da população e eficiência do sistema de saúde a taxa de mortalidade infantil é um indicador negativo que reflete a intensidade das mortes das crianças antes de seu primeiro aniversário (NASCIMENTO et al., 2014).

De acordo com o site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por taxa de mortalidade infantil entende-se o número total de óbitos em menores de um ano de idade a cada mil nascidos vivos em uma determinada região, no período de um ano. Esta taxa pode ser classificada em neonatal e pós-neonatal, dependendo da idade que ocorra o óbito e representa o risco de um bebê morrer antes de completar o primeiro ano de vida (ROUQUAYROL, 2013).

Segundo autores, ainda que este seja um grande desafio para a saúde pública e um marcador de desigualdades nas condições de vida da população o coeficiente de mortalidade infantil vem reduzindo, principalmente a partir da década de 80. Isto de certa forma está relacionado às intervenções ambientais, melhoria de acesso e qualidade dos serviços de saúde, diminuição da taxa de fecundidade, nível educacional mais elevado, melhoria nutricional, fatores que, quando associados vem contribuindo para sua redução (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014).

No Brasil, no período entre 2000 e 2010, a taxa de óbito de crianças menores de um ano caiu de 29,7 para 15,6 por mil nascidos vivos, um decréscimo de 47,6% da taxa brasileira de mortalidade infantil (IBGE, 2010). Apesar deste decréscimo, o país ainda ocupa a 107ª posição na tabela de mortes de crianças, mas merece destaque pela redução bem acima da média mundial (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014).

Entre as unidades da federação, o Rio Grande do Sul (RS) apresenta o menor coeficiente de mortalidade infantil (CMI) do Brasil. De acordo com o IBGE, o RS registrou uma queda bastante significativa, passando de 15,1 óbitos por 1.000 nascidos vivos

em 2000 para 11,4 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2011 de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). Os dois componentes principais: a mortalidade neonatal e a pós-neonatal ou infantil tardia, passaram respectivamente, de 9,5 em 2000 para 7,8 no ano de 2011 e de 5,6 em 2000 para 3,6 em 2011. Chegando ao CMI de 10,09 em 2015 (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Paralelo a este fato, está Santa Cruz do Sul (SCS), apontado entre as cidades gaúchas com os menores índices de mortalidade infantil (IMI). Os dados foram apresentados pela prefeitura, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pelo Programa Bem-Me-Quer. Em 2013 foi registrado um IMI de 10,31, sendo que em 2014 o coeficiente baixou para 8,21 e no ano de 2015 caiu para 6,55. Mantendo a meta do estado que é reduzir o índice a um dígito. A soma de resultados positivos é fruto de diversas atividades de promoção à saúde que vêm sendo desencadeadas no município (SANTA CRUZ DO SUL, 2016).

Frente a isso e considerando que a investigação de tais mortes é uma importante estratégia para a redução da mortalidade infantil e neonatal, não somente contribuindo para a melhoria do registro de óbitos, mas também possibilitando que medidas de prevenção desses óbitos sejam adotadas nos serviços de saúde faz-se necessário um estudo mais aprofundado sobre o perfil das mortes infantis ao longo dos últimos anos.

Neste contexto, frente à necessidade de se conhecer melhor a situação local da mortalidade infantil (MI), surge o seguinte problema de pesquisa: Qual o perfil dos óbitos de crianças com menos de um ano de idade, residentes em SCS, no período de 2013 a 2016?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as características dos óbitos de crianças com menos de um ano de idade, residentes em SCS, de 2013 a 2016.

1.1.2 Objetivos específicos

- Classificar os óbitos infantis em evitáveis e não evitáveis, de acordo com a causa principal;
- Identificar características maternas dos óbitos ocorridos;
- Identificar as características neonatais e infantis dos óbitos ocorridos;
- Classificar as causas de morte infantil no período de 2013 a 2016.

1.2 Justificativa

Considerando o impacto e a gravidade do óbito infantil para a família, comunidade e aos serviços de saúde, entendendo que grande parte desses óbitos pode ser evitada, em razão da necessidade de estudos sobre a MI e possibilidade de utilização dos dados resultantes das análises desses óbitos que este estudo foi proposto. Outro fato importante que nos levou a escolher este assunto foi que no ano de 2016, o número de óbitos em crianças com menos de um ano de idade teve um acréscimo nesta cidade.

1.3 Hipóteses

Hipótese 1: acredita-se que a maioria das mortes infantis será de mães com idades extremas (menores de 17 anos e maiores que 35 anos), baixa escolaridade e com número de consultas de pré-natal menor que o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

Hipótese 2: o número de mortes infantis será maior em bebês nascidos de parto normal aliado a um pré-natal inadequado, fato esse que prejudicará a assistência a uma intercorrência, tanto no bebê como na mãe.

Hipótese 3: a maioria dos bebês que morreram antes de um ano de idade nasceram com baixo peso e prematuros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Mortalidade infantil

A MI equivale à morte de crianças no primeiro ano de vida e é a base para calcular a taxa de MI. Ela reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil. A análise das variações populacionais, geográficas e temporais dos óbitos, é utilizada para identificar situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos e, contribui na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais. A MI é considerada um importante parâmetro para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2016).

A taxa de MI é estabelecida pelo número de óbitos de crianças menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, ela representa o risco que um recém-nascido apresenta de morrer em seu primeiro ano de vida. Classifica-se o valor da taxa como alto (50 óbitos por mil nascidos vivos ou mais), médio (20 a 49 óbitos por mil nascidos vivos) e baixo (menos de 20 óbitos por mil nascidos vivos), parâmetros esses que necessitam revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico (BRASIL, 2009).

Para fins de elaboração de indicadores de saúde, a MI classifica-se em dois componentes segundo a idade do óbito: o neonatal, quando o óbito ocorre até o 27º dia de vida (podendo ainda ser subdividido em neonatal precoce, até o 7º dia de vida, e neonatal tardio, entre o 7º e o 27º dia de vida), e pós-neonatal, quando o óbito ocorre entre o 28º dia de vida e o 1º ano de idade (ROUQUAYROL, 2013; BRASIL, 2009).

Com base nessas classificações propostas pelo MS (BRASIL, 2009) e citadas por Rouquayrol (2013), obtêm-se as seguintes subdivisões das taxas, por subgrupos de idade:

- Taxa de mortalidade neonatal precoce: número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

- Taxa de mortalidade neonatal tardia: número de óbitos de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

- Taxa de mortalidade pós-neonatal: Número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Uma outra classificação que também é utilizada diz respeito ao número de óbitos ocorridos no período perinatal. O período perinatal começa em 22 semanas completas (ou 154 dias) de gestação e termina no período neonatal precoce. A taxa de mortalidade perinatal diz respeito a esse total de óbitos (no período perinatal) por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É importante ressaltar que os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais (BRASIL, 2009).

O conhecimento deste detalhamento é importante tendo em vista que as causas que levam ao óbito são diferentes em cada período. No período neonatal precoce, os óbitos possuem relação estreita com a assistência de saúde dispensada à gestante no pré-natal e ao recém-nascido durante o pré-parto, parto e nascimento, portanto, há necessidade de se considerar as ações dirigidas à melhoria dessa assistência. No período pós-neonatal, as mortes estão mais relacionadas ao ambiente no qual a criança cresce e interage. A condição desse ambiente está diretamente associada ao nível socioeconômico e aspectos culturais e familiares, sendo assim, no âmbito dos serviços de saúde, frente aos óbitos no período pós-neonatal, tornam-se mais relevantes as ações de promoção da saúde e prevenção primária focalizadas nas causas de adoecimento e morte associadas às condições precárias de vida (BITTENCOURT; GAÍVA, 2014; BRASIL, 2009).

O monitoramento e a investigação do óbito infantil têm sido usados como instrumento de melhoria da qualidade da atenção à saúde e de qualificação da informação em saúde. Nesse sentido, o MS estabeleceu que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde que integram o SUS e a mesma deve ser realizada por profissionais da saúde designados pelas secretarias de saúde municipal, estadual e do distrito federal, em sua totalidade (SARDINHA, 2014; BRASIL, 2009).

Visando informações mais detalhadas e oportunas em cada região e ampliar o conhecimento do perfil epidemiológico da população e monitoramento adequado da taxa de MI no Brasil, o MS instituiu o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Este sistema é baseado no preenchimento e coleta do documento padrão – a Declaração de Óbito (DO) (ANEXO A), sendo esta DO obrigatório para a emissão da certidão de óbito. Já o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado pelo MS em 1989, com o objetivo de armazenar dados sobre os nascimentos vivos em todo o país. Para este sistema de informação o documento de inclusão dos dados é a Declaração de Nascido Vivo (DNV)

(ANEXO B) (SARDINHA, 2014). A utilização destes dois sistemas nos fornece o detalhamento das informações para os indicadores relativos à MI.

Esta ação de monitoramento e investigação visa qualificar e ampliar as informações dos fatores determinantes do óbito infantil e assim adotar medidas que possam prevenir a ocorrência desses eventos. Conforme citado anteriormente, o instrumento base para este processo de investigação do óbito é a DO, a partir de onde é realizada a busca ativa dos óbitos nas fontes notificadoras. Para a etapa de coleta das informações detalhadas da busca ativa o município deve utilizar a Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal (ANEXO C), que é o instrumento que notifica o óbito e desencadeia o processo de investigação (BRASIL, 2009). Todo o processo se dá de forma online, o que possibilita o tempo oportuno para a vigilância e indicadores de qualidade. O prazo normatizado, pactuado e monitorado para a conclusão da análise dos óbitos é de até 120 dias após a ocorrência do evento (SARDINHA, 2014).

Outra classificação importante dos óbitos infantis diz respeito a sua evitabilidade. A Organização das Nações Unidas (ONU) aponta como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) a redução da MI. Mesmo assim, milhões de crianças ainda morrem por causas evitáveis no mundo. O conceito de morte evitável diz respeito à ocorrência desse evento quando poderia ser totalmente evitado pela adequada atenção à saúde, qualificando-o como indicador sensível à qualidade da assistência em saúde. São consideradas causas de morte evitáveis, por exemplo: pneumonia, diarreia e malária. No Brasil, apesar do declínio, o perfil de MI ainda é marcado por elevadas taxas desses óbitos, tidos como evitáveis (TAVARES et al., 2016).

Frente à necessidade de aprofundamento na temática de evitabilidade do óbito, diversos países desenvolveram listas para classificação de causas de mortes evitáveis como ferramentas na prevenção e detecção de falhas na assistência à saúde. Aqui no Brasil, têm se utilizado algumas classificações de evitabilidade, a saber: classificação de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) e lista de mortes evitáveis por intervenções do SUS, que se baseiam na causa básica do óbito infantil, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e, a Classificação de *Wigglesworth* Expandida, que considera o peso ao nascer e a relação com as circunstâncias do óbito e o momento da assistência à saúde (BRASIL, 2009).

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10) é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. Este instrumento é muito utilizado para fins estatísticos,

sintetizando as causas de morte e possibilitando comparações, já que é usado mundialmente. Da Sexta à atual Décima revisão a publicação chamada "Classificação Internacional de Doenças" foi incorporando vários outros tópicos, sendo um deles as definições usadas em estatísticas vitais e de saúde (nascido vivo, perda fetal, períodos e mortalidade infantil, neonatal, perinatal, materna, etc).

Como exemplo disso tem-se a mudança no conceito de período perinatal. A partir da Décima Revisão da CID, no cálculo da taxa de mortalidade infantil passa-se a considerar o período perinatal no início da 22ª semana, e não mais na 28ª, o que trouxe como consequência um aumento da taxa de MI (BRASIL, 2009).

A classificação de Wigglesworth (WIGGLESWORTH; K. et al.; CONFIDENTIAL ENQUIRY INTO MATERNAL AND CHILD HEALTH, 2005) é utilizada em diversos países do mundo e regiões do Brasil para análise do óbito perinatal (fetais e neonatais precoces). Essa classificação foi revista e proposta como Classificação de Wigglesworth Expandida. Tem como parâmetros critérios de evitabilidade e está dividida em nove grupos que aponta as principais causas de óbito perinatal, considerando o peso ao nascer e a relação com as circunstâncias do óbito e o momento da assistência à saúde.

Cada caso pode ser classificado em somente um grupo, usando o método de exclusão. Para a classificação dos casos, utilizam-se informações clínicas que podem ser obtidas por meio da análise de prontuários, selecionando os aspectos passíveis de intervenção pelos serviços. Essa classificação pode ser aplicada, também, para os óbitos infantis por causas perinatais, mas não contempla os óbitos infantis por outras causas.

Na adequação dessa classificação para o Brasil, foram propostas algumas modificações, como por exemplo, a subdivisão do Grupo Infecções em a) infecção perinatal/materna e b) pneumonia, diarreia, outras infecções e os grupos estão detalhados conforme quadro abaixo:

Quadro 1- Classificação dos óbitos fetais e infantis – adaptação para o Brasil (Wigglesworth Expandida – CEMACH, 2005)

<p>Grupo 1. Malformação congênita (grave ou letal / potencialmente letal)</p>	<p>Apenas malformação congênita letal ou potencialmente letal deve ser incluída neste grupo; óbitos fetais ou infantis. Anormalidades bioquímicas graves ou severas como a doença de Tay Sach's e qualquer defeito genético reconhecido como de alto risco para o óbito devem ser incluídos.</p>
<p>Grupo 2 – Morte fetal anteparto</p>	<p>Mortes fetais ocorridas antes do trabalho de parto (sinais de maceração, óbitos há mais de 12 horas ou outro indício/ relato / evidência de morte antes do trabalho de parto): A maior parte das mortes/perdas fetais tardias deveria ser incluída neste grupo, considerando-se que a morte fetal intraparto é um evento-sentinela. A morte de uma criança nascida viva decorrente de problemas durante o período anteparto deve ser considerada na categoria “outras causas específicas” (categoria 6).</p>
<p>Grupo 3 – Morte intraparto ('asfixia', 'anóxia', sofrimento fetal agudo ou 'trauma'):</p>	<p>Óbitos fetais ou infantis; Esta categoria reúne bebês que sobreviveriam se não tivessem ocorrido complicações/problemas durante o trabalho de parto e parto. Esses bebês geralmente são bem formados, natimortos e/ou receberam baixo escore de Apgar, sofreram aspiração meconial ou tiveram evidências de acidose ao nascimento. Bebês muito prematuros (menor que 1000 gramas) podem sofrer asfixia durante o nascimento, mas não devem ser registrados neste grupo de causas – devem ser classificados no grupo Imaturidade/ prematuridade, ou outro específico como o grupo 5 (Infecção).</p>
<p>Grupo 4 – Imaturidade/ prematuridade</p>	<p>Aplica-se apenas a bebês nascidos vivos que morrem devido à imaturidade pulmonar, deficiência de surfactante, hemorragia intra-ventricular ou outras conseqüências tardias da prematuridade – incluindo dano pulmonar crônico. Incluir todo neonato com peso ao nascer menor que 1000 gramas.</p>
<p>Grupo 5 – Infecção</p>	<p>Aplica-se aos óbitos fetais e infantis em que há evidência clara de infecção microbiológica que pode ter causado a morte, p.ex., infecção materna por</p>

	<p>estreptococo do grupo B, rubéola, parvovírus, sífilis, etc, morte por septicemia, outras infecções, incluindo as pneumonias e diarreias. Podem ser enquadrados em duas subcategorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> — 5a- Infecções perinatais/materna — 5b- Pneumonias, diarreias, outras infecções
Grupo 6 – Outras causas específicas de morte:	<p>Em caso de condição fetal, neonatal ou pediátrica específica reconhecida, não contemplada nos grupos anteriores de causas. Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Condições fetais: transfusão feto-fetal e hidropsia fetal — Condições neonatais: hemorragia pulmonar, hipoplasia pulmonar devido a perda prolongada de líquido (hipoplasia pulmonar primária deve ser classificada como malformação), persistência de circulação fetal (na ausência de infecção, aspiração ou deficiência de surfactante), perda sanguínea não associada a trauma (p. ex., vasa praevia); — Condições pediátricas: bronquiolite, bebê chiador, desnutrição, câncer e quadro agudo abdominal (como volvo sem antecedente de má- rotação congênita).
Grupo 7 – Causa externa:	Morte provocada por acidente ou violência confirmada deve ser codificada neste grupo.
Grupo 8 – Morte súbita, causa desconhecida:	<p>Inclui mortes de causa desconhecida de bebês nascidos vivos.</p> <p>Pode ser modificada após exame postmortem.</p>
Grupo 9 – Não classificada:	Deve ser usada como último recurso (óbito infantil) e maior detalhamento deve ser fornecido se esta opção é registrada.

Fonte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf.

Apesar do declínio observado no Brasil, a MI permanece como uma grande preocupação em saúde pública. Os países desenvolvidos conseguiram uma redução simultânea da mortalidade pós-neonatal e neonatal, enquanto aqui não houve mudança significativa nas últimas décadas. Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Por sua vez, a mortalidade fetal e neonatal precoce sofrem as mesmas circunstâncias que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras

horas e dias de vida. No entanto, a pós-neonatal é potencialmente evitável, estando associada à desnutrição e doenças infecciosas, principalmente a diarreia e a pneumonia. Sendo estas consideradas eventos-sentinela (BRASIL, 2009).

A importância do monitoramento e da investigação acerca da MI se dá no fato das informações poderem ser utilizadas como instrumento de melhoria da qualidade da informação em saúde, oferecendo subsídio para qualificação das ações de atenção à saúde e formulação de políticas públicas adequadas à realidade local.

3 METODOLOGIA

A metodologia de uma pesquisa deve ser bem planejada e detalhada, pois se trata de uma arte de dirigir o espírito de investigação do pesquisador, tanto em métodos, técnicas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objetivos (LEOPARDI, 2002). Para que um conhecimento possa ser científico, é necessário determinar a metodologia que possibilitou a chegada a esse conhecimento (GIL, 2008).

3.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo é do tipo transversal, descritivo, do tipo pesquisa documental. Os estudos descritivos são caracterizados pela busca de uma série de informações a respeito do tema em estudo e a pesquisa tipo documental caracteriza-se pela busca em “fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico” como, por exemplo, documentos oficiais, livros de registros de instituições, fichas de investigação, etc.

3.2 Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Santa Cruz do Sul, junto ao Comitê Municipal de Ações de Redução da Mortalidade Infantil e Fetal e ao “Programa Bem-me-Quer”, a partir da análise das Fichas de Investigação de Óbito Infantil e Fetal dos óbitos em menores de um ano residentes em Santa Cruz do Sul e a partir da análise das informações disponíveis no Portal BI (*Business Intelligence*) Gestor Municipal e Gestor Estadual, relacionadas a MI.

3.3 Integrantes do estudo

Os integrantes da pesquisa foram os recém-nascidos e as crianças que foram a óbito antes de completarem um ano de idade, durante o período de 2013 a 2016, e suas mães. O critério de inclusão foi definido por: ser residente em Santa Cruz do Sul e ter ido a óbito, independente da causa, antes de completar 1 ano de idade. Adotado como critério de exclusão não ser residente em SCS e ter ido a óbito após completar um ano de idade.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora a partir dos registros disponíveis nos cenários da pesquisa (Comitê Municipal de Ações de Redução da Mortalidade Infantil e Fetal e “Programa Bem me Quer”), através da análise das Fichas de Investigação de Óbito Infantil e Fetal, em menores de um ano residentes em Santa Cruz do Sul, e a partir da análise das informações disponíveis no Portal BI (*Business Intelligence*) Gestor Municipal e Gestor Estadual, relacionadas a MI, caracterizando assim, uma pesquisa documental.

Foi elaborada uma planilha no *software* estatístico, SPSS versão 20.0, para sistematização dos dados coletados com as diversas variáveis a serem estudadas.

3.5 Procedimentos técnicos

Para iniciar a pesquisa foi feito um contato com os responsáveis pelo Comitê Municipal de Ações de Redução da Mortalidade Infantil e Fetal e com a Coordenação do “Programa Bem-me-Quer” cenário da pesquisa, para apresentar a proposta de estudo e obter aprovação para a realização do mesmo.

Conforme já foi dito, elaborou-se uma planilha no *software* SPSS versão 20.0 para sistematização dos dados coletados com as diversas variáveis estudadas.

O presente projeto foi entregue impresso para a Diretoria de Ações de Programas em Saúde (DAPS) da SMS/SCS, e para a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde para ciência dos resultados da pesquisa.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) iniciou-se a coleta de dados, pela pesquisadora, nos registros disponíveis junto ao Comitê Municipal de Ações de Redução da Mortalidade Infantil e Fetal e ao “Programa Bem me Quer”, a partir da análise das Fichas de Investigação de Óbito Infantil e Fetal em menores de um ano residentes em SCS e da análise das informações disponíveis no Portal BI (*Business Intelligence*) Gestor Municipal e Gestor Estadual, relacionadas a MI.

3.6 Aspectos éticos

Os princípios éticos foram considerados todos os que estão expressos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, sendo assim o presente estudo foi cadastrado na

Plataforma Brasil e submetido ao CEP/UNISC, tendo sido aprovado com parecer número 2.044.819 (anexo D).

Em função do caráter documental do estudo e a ausência de abordagem direta, entrevistas ou realização de quaisquer procedimentos com o público alvo do estudo, justifica-se a dispensa de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O resultado deste estudo foi apresentado sob a forma de monografia para a aprovação na disciplina de Trabalho de Curso II, do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISC, e poderá ser publicado em periódicos científicos na forma de artigo ou em eventos científicos e, ainda poderá ser apresentado aos gestores municipais e estaduais, bem como, aos seus respectivos comitês de ações de redução da Mortalidade Infantil e Fetal.

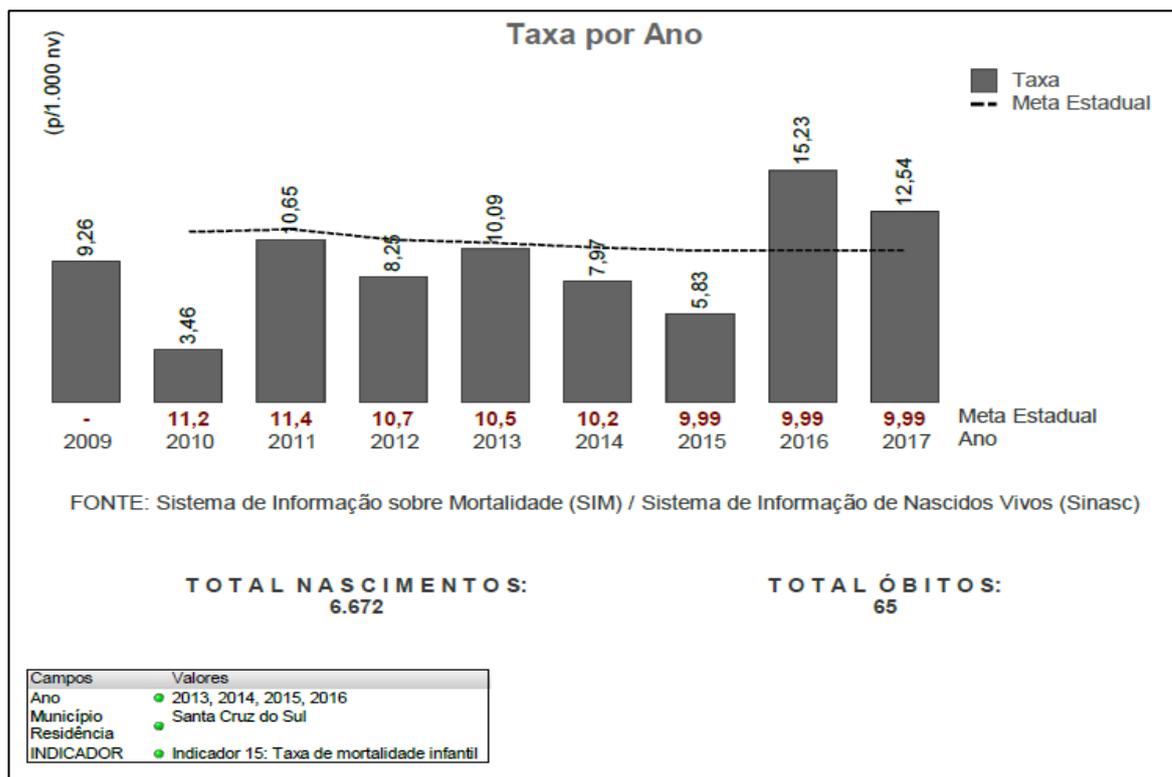
3.7 Análises de dados

Após a fase da coleta de dados, os dados foram compilados no *software* estatístico, SPSS versão 20.0 e, posteriormente, processadas no mesmo programa. Nessa fase realizaram-se análises descritivas das variáveis estudadas (apresentação de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e variabilidade, etc.).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo tem o propósito de analisar o perfil de mortalidade infantil no período de 2013 e 2016, exclusivamente de residentes da cidade de Santa Cruz do Sul. As variáveis estudadas foram coletadas a partir dos dados disponíveis no site *Business Intelligence* (BI – disponível em: bi.saude.rs.gov.br) e a partir das Fichas de Investigação de Óbito Infantil e Fetal preenchidas no processo de investigação dos óbitos infantis.

Ao longo dos quatro anos analisados, identificou-se um total de 65 óbitos em menores de 1 ano, obtendo um coeficiente de mortalidade infantil de 9,79 por mil nascidos vivos, neste período. Detalhadamente, ao longo dos últimos anos a mortalidade infantil distribuiu-se de acordo com a figura do Gráfico 1 abaixo, extraído do Portal *Business Intelligence* Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2017):



Fonte: extraído do site *Business Intelligence*, da Secretaria Estadual da Saúde, disponível em <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>, acessado em 19/06/17.

Os dados maternos dos casos de óbitos estão sintetizados na Tabela 1, conforme abaixo:

Tabela 1 - Dados maternos

Variável	n	%
Faixa etária		
17 a 34 anos	55	84,6
35 anos ou mais	10	15,4
Máxima Escolaridade		
Ensino fundamental	27	41,5
Ensino Médio	28	43,1
Ensino Superior	7	10,8
Ignorado	3	4,6
Realização de Pré-natal		
Sim	61	93,9
Não	4	6,1
Local de realização do Pré-natal		
Atenção Básica (UBS ou ESF)	20	30,8
Atenção Especializada	13	20
Convênio ou particular	28	43,1
Não realizou	4	6,1
Início do Pré-natal		
Até 13 semanas	52	80
Após 13 semanas	7	10,7
Não realizou	4	6,2
Ignorado	2	3,1
Total (N)	65	100

A média de idade materna foi de 27,32 anos, sendo 17 anos a menor idade e 42 a maior; em relação à faixa etária materna de maior prevalência identificou-se a faixa entre 25 a 34 anos com 33 casos (50,8%), seguida pela faixa de idade entre 17 e 24 anos com 33,8%, ou seja, a grande maioria dos casos de óbito infantil não é de filhos de mães das faixas etárias consideradas de risco.

Considerando a variável idade das mães dos casos de MI, os resultados encontrados em vários estudos são semelhantes a esse. O resultado encontrado por Careti, Scarpelini e Furtado (2014) em estudo que analisou o perfil da mortalidade infantil de residentes em Ribeirão Preto -SP, entre 2009 e 2011, identificou que a maior parte das mães é jovem, 86,1% delas tinham entre 15 e 34 anos. O mesmo resultado, maior prevalência de mães jovens, com 78,3% entre 17 e 34 anos, também foi encontrado por Doldan, Costa e Nunes (2011) no período de 2007, em Foz do Iguaçu, estado do Paraná.

Diferente do encontrado no presente estudo, em estudo realizado no norte do RS, cerca de um terço dos óbitos evitáveis ocorreu entre filhos de mães adolescentes (idade menor de 20 anos), com ensino fundamental incompleto (SILVA, 2014).

Quanto à escolaridade das mães dos casos de óbitos infantis, 41,5% delas tinham no máximo o 1º grau completo e 43,1% no máximo o 2º grau completo. O estudo de Corrêa 2016, ao avaliar a escolaridade das gestantes ao tempo do óbito, indicou um número expressivo, apenas com o ensino fundamental, ou com este incompleto, essa baixa escolaridade vem nos revelar as várias circunstâncias que denotam deficiências socioeconômicas, as quais podem levar a formas de exclusão social, que a gestante poderá estar sujeita durante a gestação e também durante sua vida, que em realidade, podemos inferir, condicionam sua história de vida, culminando muitas vezes com o óbito de um filho.

De acordo com o mesmo autor, a baixa escolaridade esta relacionada muitas vezes às deficiências socioeconômicas que se refletem em situações tais como: ausência de moradia digna, não inserção no mercado de trabalho formal, baixa remuneração ou remuneração nula, o que pode levar a hábitos não saudáveis, situações estas que podem, direta ou indiretamente, afetar a gestação e o desenvolvimento sadio do recém-nascido.

França e Lansky (2016), ainda reforçam que a educação materna é um indicador indireto da condição socioeconômica da família e um fator de risco para a mortalidade infantil, inclusive ao analisar o coeficiente de MI de acordo com a escolaridade, observou-se que é maior onde o nível de escolaridade é menor, percebendo diferenças importantes de acordo a região do país.

Em relação à realização do pré-natal, 93,8% das mães realizaram pré-natal. Os dados referentes à idade gestacional em que se iniciou o pré-natal mostram que 80% das mães iniciou o pré-natal até a 13ª semana, ou seja, pré-natal de início precoce, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). Estes resultados se mostram superiores ao identificado por Santana e colaboradores (2011) que identificaram essa situação (início precoce do pré-natal) em 59,2% dos casos de óbitos infantis.

Outro dado importante refere-se ao local de pré-natal, sendo que a maioria, 43,1% das mães, fez todas ou pelo menos algumas consultas de pré-natal em consultórios ou clínicas através de convênios ou de forma particular. O pré-natal realizado exclusivamente na rede de Atenção Básica somou 30,8%. Tal dado chama a atenção para o acesso que a maioria das mães dos casos de MI teve à saúde suplementar ou especializada, tendo em vista que o pré-natal realizado nos consultórios ou clínicas através de convênios ou de forma particular, é

feito por médico especialista (Ginecologista/Obstetra), além de levantar a hipótese de um acesso facilitado a exames e medicamentos.

O papel do pré-natal frente à Mortalidade Infantil mostra que o mesmo constitui-se em importante ação para redução de óbitos infantis. Considerada uma variável significativa nas investigações dos óbitos infantis, já que estudos apontam que um número expressivo de gestantes não realiza o total de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde, ou ainda, não faz nenhuma consulta. As consultas de pré-natal são claramente consideradas importantes para o acompanhamento da saúde da gestante e do desenvolvimento saudável do feto, sendo considerado fator de proteção para a mortalidade neonatal precoce, visto que o pré-natal foi considerado não suficiente para a grande maioria dos casos investigados. Esses dados apontam para a necessidade de ampliar a atenção ao assunto pré-natal, buscando alternativas que possibilitem a adesão aos atendimentos ofertados nos serviços de saúde (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014).

Levando em conta que a maioria das mães dos casos de óbito infantil deste estudo fez o pré-natal, inclusive na saúde suplementar, e que não foi o objetivo deste estudo, analisar a quantidade ou qualidade das consultas, é necessário um aprofundamento nessas questões para melhor compreensão do papel do pré-natal frente à mortalidade infantil, tendo em vista que 93,8% fez o pré-natal, sendo 80% com início precoce. Lisboa *et al* (2015), também chamam atenção para a necessidade de avaliação a respeito da qualidade do atendimento a gestante.

Os dados relacionados ao nascimento e aos bebês que foram a óbito estão organizados na Tabela 2, conforme segue:

Tabela 2 - Dados infantis

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	33	50,8
Feminino	32	49,2
Raça		
Branca	56	86,2
Parda	7	10,8
Preta	1	1,5
Não informada	1	1,5
Idade Gestacional		
Pré-termo (prematuro)	40	61,5
Atermo	25	38,5
Peso ao nascer		
0 - 999g	27	41,5

1000g - 1499g	2	3,1
1500g - 2499g	12	18,5
2500g - 3999g	21	32,3
4000g ou mais	3	4,6
Período do óbito		
Neonatal precoce (0 a 6 dias)	27	41,5
Neonatal tardia (7 a 27 dias)	15	23,1
Pós neonatal (28 dias a 1 ano)	23	35,4
Total (N)	65	100

No que se refere ao sexo, a prevalência maior foi no sexo masculino, com 50,8% dos casos. Do total de óbitos infantis 86,2% eram da raça branca. Quanto à idade gestacional, na ocasião do nascimento, 61,5% dos casos de óbito infantil foram classificados como prematuros (com menos de 37 semanas) e 38,5% como atermo (37 semanas ou mais). A prematuridade, apesar de considerada causa pouco específica pelas regras de seleção da CID 10, é a principal causa de óbito neonatal em todas as regiões do Brasil, em geral maiores nas regiões Nordeste e Norte e menores no Sul e Sudeste; como possíveis causas surgem o excesso de intervenções com interrupção da gravidez e erro de estimativa de idade gestacional, aumento da idade materna e tratamentos para reprodução assistida. Além disso, o seguimento correto do pré-natal, manejo obstétrico e neonatal adequado nos casos necessários podem contribuir para diminuição da prematuridade e suas consequências.

Dados referentes ao peso ao nascer mostraram que a maioria (41,5%) dos óbitos apresentou extremo baixo peso ao nascer, com até 999g seguido de 32,3% de casos com o peso dentro da faixa considerada normal.

Na realidade do presente estudo destaca-se o componente Neonatal Precoce da mortalidade infantil com 41,5% dos casos. Conforme França e Lansky (2016) e Correa (2016), o componente pós-neonatal predominou no Brasil até o final da década de 80; a partir de então prevalece o componente neonatal, que corresponde a cerca de 70% da mortalidade infantil atualmente, dado que corrobora com o identificado neste estudo que identificou 64,6% de mortes no período neonatal. Essa transição se deu devido à queda da fecundidade, maior acesso ao saneamento e serviços de saúde (incluindo pré-natal de alto risco e UTI neonatal), aumento da prevalência de aleitamento materno, às ações de imunização, antibioticoterapia e terapia de reidratação oral, entre outras.

Em relação à causa desses óbitos, de acordo com a investigação realizada pelo Comitê Municipal de Ações de Redução da Mortalidade Infantil e Fetal, 46,2% das causas foram classificados com “evitáveis”, sendo os 53,8% restantes considerados como “não evitáveis”.

Tais resultados podem ser comparados aos encontrados por Barreto, Mendes e Nery (2011) nos quais 61,9% dos óbitos perinatais analisados apresentaram-se como evitáveis. Embora tais autores tenham analisados os óbitos perinatais, suas recomendações em relação “a necessidade de ações de melhoria na atenção pré-natal, manejo obstétrico e atendimento ao neonato” também podem ser aplicadas a realidade desse estudo frente aos resultados obtidos.

De acordo com o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal (Brasil, 2009) as causas evitáveis são as que de alguma forma tem possibilidade de prevenção, com enfoque nas mortes causadas por problemas potencialmente tratáveis. O objetivo é esclarecer e visualizar, de forma sistematizada, a contribuição de diferentes fatores que contribuem para a mortalidade infantil e fetal e avaliar a efetividade dos serviços.

A distribuição geral das causas de mortalidade infantil conforme o Código Internacional de Doenças – Versão 10 (CID-10) está organizada na Tabela 3 e, chama atenção a concentração de casos em dois capítulos: “Algumas afecções originadas no período perinatal (P00 - P96)” com 46,2% dos casos e “Mal formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00 - Q99)” com 44,6% dos casos. De acordo com França e Lansky (2016) tal informação (sobre a causa básica de morte) é fundamental para compreender o fenômeno da mortalidade, além de ser considerada uma das mais básicas informações de saúde.

Tabela 3 - Causa mortalidade

Variável	n	%
CID – 10		
Doenças do aparelho respiratório	3	4,6
Algumas afecções originadas no período perinatal	30	46,2
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	29	44,6
Outras causas ¹	3	4,6
Classificação de Wigglesworth Expandida		
W1	19	29,2
W2	3	4,6
W4	21	32,3
W5	14	21,5
W6	5	7,7
W7	1	1,5
W8	2	3,1
Total (N)	65	100,0

¹ A 39.2 (Meningococemia aguda) , R 95 (Síndrome da morte súbita na infância) e W 79.0 (Inalação e ingestão de alimentos causando obstrução do trato respiratório), cada um com um caso

No capítulo “Algumas afecções originadas no período perinatal” do CID-10, merecem destaque pela maior frequência de ocorrência as seguintes causas: Recém-nascido com peso muito baixo; Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido e Septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido, pois apresentaram uma maior frequência de causas de óbito, em comparação as demais, somando 24,6% das causas de óbitos. Já no capítulo “Mal formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas”, verificou-se uma maior prevalência de Malformação não especificada do coração, representando 10,8% do total de causas de óbitos.

Os resultados verificados neste estudo, predomínio de óbitos neonatais de muito baixo peso e de prematuros, seguido pelas mal formações congênitas, conforme Lansky et al., (2016) aproxima o Brasil dos países mais desenvolvidos.

Ao analisar separadamente as causas de mortalidade infantil nos grupos neonatal (precoce e tardio) e pós neonatal, percebe-se uma diferença importante na sua distribuição.

No grupo da mortalidade neonatal (precoce e tardia), a maior prevalência foi de mortes por “Algumas afecções originadas no período perinatal”, com 55% dos casos, seguida pelas “Mal formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas” com 43,1% dos casos. Essa situação difere do apresentado por França e Lansky (2016), principalmente na questão das mal formações, sendo que o valor identificado no presente estudo (43,1%) foi quase três vezes maior (2,99) do que o apresentado pelos autores: 14,4%, na análise das causas de óbito neonatal no Brasil, entre 2003 a 2005.

Nesse mesmo grupo, neonatal (precoce e tardia), chama a atenção a maior prevalência para as causas “P 07.0 Recém-nascido com muito baixo peso”, “P 22.0 Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido” e “Q 24.9 Malformação não especificada do coração”, cada uma com 11,9% dos casos.

Já no grupo da mortalidade pós neonatal, a maior prevalência de mortes foi por septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido com 17,4% do total de mortes nesse grupo.

Ao utilizarmos a Classificação de Wigglesworth Expandida para análise dos óbitos ocorridos, percebe-se uma maior prevalência de óbitos classificados no Grupo 4, que diz respeito a Imaturidade/Prematuridade como causa do óbito, com 32,3% do total dos óbitos, seguido pelo Grupo 1 que engloba as Mal Formações Congênitas (grave ou letal/potencialmente letal), com 29,2% dos casos, e em terceiro lugar o Grupo 5 que diz respeito as infecções (21,5%).

Uma realidade semelhante foi descrita por Lansky et al., (2016), ao analisar o perfil dos óbitos neonatais identificados na pesquisa nacional “Nascer no Brasil e os Fatores Associados”, evidenciando cerca de 1/3 dos casos de morte por prematuridade, seguidos pela malformação congênita (22,8%), as infecções (18,5%). Além disso, a pesquisa destaca que a maior proporção de óbitos por malformação congênita ocorreu no Sul e Sudeste do Brasil (42,1 e 35,9%).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos quatro anos analisados, identificou-se um total de 65 óbitos em menores de 1 ano, obtendo um coeficiente de mortalidade infantil de 9,79 por mil nascidos vivos neste período. Merece destaque o ano de 2016, onde o coeficiente de mortalidade infantil foi de 15,23 por mil nascidos vivos. Apesar disso, a média do período do estudo ficou abaixo da meta estadual (9,99 por mil nascidos vivos) de acordo com o *Portal Business Intelligence Saúde* (RS, 2017).

Ao detalhar os óbitos, percebemos alguns dados relevantes em relação às características maternas, onde a grande maioria dos casos de óbito infantil não é de filhos de mães das faixas etárias consideradas de risco.

Em relação à escolaridade materna observou-se que a maioria tinha condições favoráveis de nascimento, configuradas pela alta frequência de mães com mais de oito anos de estudo. Juntamente a esse fato, a idade gestacional preconizada pelo MS para início do pré-natal foi alcançado por 80% dos casos de óbitos e mais de 93% fizeram o pré-natal. As consultas de pré-natal são claramente consideradas importantes para o acompanhamento do desenvolvimento saudável do feto, sendo consideradas fator de proteção para a mortalidade neonatal precoce.

Outro dado importante refere-se ao local de pré-natal, sendo que a maioria, 43,1% das mães, fez todas ou pelo menos algumas consultas de pré-natal em consultórios ou clínicas através de convênios ou de forma particular. Tal dado chama a atenção para o acesso que a maioria das mães dos casos de MI teve à saúde suplementar ou especializada, tendo em vista que o pré-natal realizado nos consultórios ou clínicas através de convênios ou de forma particular, é feito por médico especialista (Ginecologista/Obstetra), além de levantar a hipótese de um acesso facilitado a exames e medicamentos.

Sendo assim, levando em conta o alto índice de realização de pré-natal com início precoce e acesso a convênios e especialistas, nestes casos de mortalidade infantil, sugere-se um melhor estudo sobre a atenção prestada ao atendimento durante a gestação e sua qualidade.

No que se refere aos dados relacionados ao nascimento e aos bebês que foram a óbito, encontramos a prevalência de 61,5% de prematuros, 41,5% com extremo baixo peso ao nascer (com até 999g) e destaca-se ainda o componente Neonatal Precoce da mortalidade infantil com 41,5% dos casos.

Em relação à causa desses óbitos, de acordo com a investigação realizada pelo Comitê Municipal de Ações de Redução da Mortalidade Infantil e Fetal, 46,2% das causas foram classificados como “evitáveis”, embora esse número venha diminuindo ao longo dos anos, ainda ilustra a necessidade de uma mudança na assistência ao pré-natal, parto e ao neonato.

Outro dado que chama a atenção diz respeito as “Mal formações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas” como causa de óbito em 44,6% dos casos. Levando em conta que o estudo mostra o nível de escolaridade materna favorável, idade fora dos limites de fator de risco, pré-natal conforme preconiza o Ministério da Saúde, e acesso a convênios, justifica a importância de aprofundar estudos e de um olhar criterioso a respeito desta problemática.

Em resposta as hipóteses levantadas no início deste estudo, podemos enfatizar que não foi confirmada a ideia de mães em idade de risco para mortalidade infantil, tampouco baixa escolaridade e aderência ao pré-natal negativo.

Porém confirmou-se a hipótese que sugeria que a maioria dos bebês que morreram antes de um ano de idade nasceram com baixo peso e prematuros.

Como fragilidade desse estudo, aponta-se a não investigação qualitativa dos atendimentos realizados pelas gestantes nos serviços de saúde, tampouco a comparação junto aos nascidos vivos que não foram a óbito. Ficando como sugestão para um próximo estudo a realização desta comparação para melhor entender esses coeficientes.

REFERÊNCIAS

- BITTENCOURT, R. M.; GAÍVA, M. A. Mortalidade neonatal precoce relacionada a intervenções clínicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 67, n. 2, p. 195-201, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. *Mortalidade infantil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CARETI, C. M.; SCARPELINI, A. H. P.; FURTADO, M. C. C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 352-360, 2014.
- CENSO demográfico 2010: *Banco de dados agregados do IBGE*. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 02 jan. 2017.
- CORRÊA, Geovar. Mortalidade infantil no município de foz do Iguaçu: alguns aspectos socioeconômicos. 2016. 90 f. Monografia (Curso de Ciência, Política e Sociologia – Graduação)-Universidade Federal de Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2016.
- FILHO, A. A.; MENDES, R. T. *Como enfrentar a mortalidade infantil*. 1. ed. Campinas: Icone, 1986.
- FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: REDE INTERAGENCIAL PARA SAÚDE, 2016. Anais da Rede Interagencial para saúde, p. 1-29.
- GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. S192-S207, 2014.
- LEOPARDI, Maria Tereza. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.
- NASCIMENTO, S. G. et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 67, n. 2, p. 208-212, 2014.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Atlas socioeconômico Rio Grande do Sul. *Um atlas para pensar e entender o Rio Grande*. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão: Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<http://www.atlassocioeconomico.rs.gov.br/>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

- ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Epidemiologia e Saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2013.
- SANTA CRUZ DO SUL. Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul. *Santa Cruz do Sul é destaque estadual na redução da mortalidade infantil*. Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul: Santa Cruz do Sul, 2016. Disponível em: <<http://www.santacruz.rs.gov.br/noticias/1531/santa-cruz-e-destaque-estadual-na-reducao-da-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 03 dez. 2016.
- SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos. *Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010)*. 2014. 182 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical)-Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- SILVA, Sheila Fernandes da Silva. *Evolução da mortalidade infantil de 2004 a 2012 em São José do Norte, RS*. 2014. 107 F. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – Mestrado)-Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.
- TAVARES, L. T. et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis na Bahia, 2000-2012. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 01-10, 2016.

ANEXO A – Declaração de Óbito (DO)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito			
I	Conteúdo	1 Cartório	Código	2 Registro	3 Data
	4 Município	5 UF	6 Cemitério		
II	Identificação	7 Tipo de Óbito	8 Óbito	9 RIC	10 Naturalidade
	11 Nome do falecido				
	12 Nome do pai	13 Nome da mãe			
	14 Data de nascimento	15 Idade	16 Sexo	17 Raça/cor	
III	Residência	18 Estado civil	19 Escolaridade	20 Ocupação habitual e ramo de atividade	
	21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	Código	Número	Complemento	22 CEP
	23 Bairro/Distrito	Código	24 Município de residência	Código	25 UF
	26 Local de ocorrência do óbito	27 Estabelecimento			
IV	Ocorrência	28 Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência: Rua, praça, avenida, vial		Número	Complemento
	29 CEP	30 Bairro/Distrito	Código	31 Município de ocorrência	Código
V	Feto ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO			
	32 Idade		33 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe		34 Número de filhos vivos
	35 Escolaridade		36 Tipo de parto		37 Morte em relação ao parto
	38 Duração da gestação		39 Tipo de gravidez		40 Peso ao nascer
VI	Condições e causas do óbito	41 OBITOS EM MULHERES		42 ASSISTÊNCIA MÉDICA	
	43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?		44 A morte ocorreu durante o puerpério?		45 Recheu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
	46 Exame complementar?		47 Cirurgia?		48 Necropsia?
	49 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
VII	Médico	50 Nome do médico		51 CRM	52 O médico que assina atendeu ao falecido?
	53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)	54 Data do atestado	55 Assinatura		
VIII	Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)			
	56 Tipo	57 Acidente de trabalho		58 Fonte de informação	
IX	Localidade e Médico	59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência			
	60 Nome do médico	61 Testemunhas			

Versão 02/06-01

ANEXO B – Declaração de Nascido Vivo (DNV)

Modelo da Declaração de Nascido Vivo

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª Via - Secretaria de Saúde		Declaração de Nascido Vivo N°		
I Cartório	1 Cartório	Código	2 Registro	
	3 Data			
II Local da Ocorrência	4 Município		5 UF	
	6 Local da ocorrência	7 Estabelecimento	Código	
	<input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
	8 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da mãe (Rua, praça, avenida, etc)	Número	9 Complemento	
III Mãe	10 CEP			
	11 Bairro/Distrito	Código	12 Município de ocorrência	
	Código		Código	
	13 UF			
IV Gestação e parto	14 Nome da mãe		15 RIC	
	16 Idade (anos)	17 Estado civil	18 Escolaridade (em anos de estudo concluídos)	
	<input type="checkbox"/> 1 - Solteira <input type="checkbox"/> 2 - Casada <input type="checkbox"/> 3 - Viúva <input type="checkbox"/> 4 - Sep. Judic./Divorc. <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	19 Ocupação habitual e ramo de atividade	20 N.º de filhos tidos em gestações anteriores (obs: utilizar 99 se ignorados) Nascidos vivos Nascidos mortos
	21 Residência da mãe	Número	22 CEP	
V Recém Nascido	23 Logradouro			
	24 Bairro/distrito	Código	25 Município	
	Código		Código	
	26 UF			
VI Identificação	27 Duração da gestação em semanas	28 Tipo de gravidez	29 Tipo de parto	
	Semanas 99 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 2 - Dupla <input type="checkbox"/> 3 - Tripla e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Vaginal <input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
	30 Nascimento	31 Sexo	32 Índice de Apgar	
	Data Hora	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	1º minuto 5º minuto	
VII Responsável pelo preenchimento	33 Raça/cor	34 Peso ao nascer		
	<input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena	em gramas		
	35 Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica?			
	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado Qual?		Código	
VII Atenção	36 Polegar direito da mãe	37 Pé direito da criança		
VII Atenção	38 Responsável pelo preenchimento	39 Função	40 Identidade	
	Nome		41 Órgão Emissor	
			42 Data	
ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO O Registro de Nascimento é obrigatório por lei. Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.				

ANEXO C – Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal

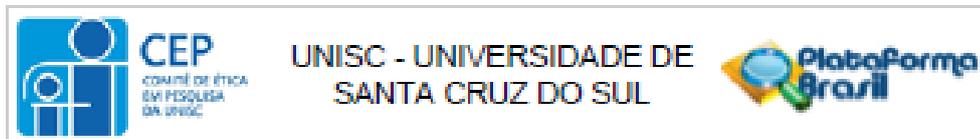
		MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde		IF5
Nº do Caso				<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
<h3 style="margin: 0;">Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal</h3> <p style="margin: 0; color: red;">Síntese, conclusões e recomendações</p>				
1	Nome da Criança	ou Óbito Fetal	anteparto <input type="checkbox"/>	intraparto <input type="checkbox"/>
2	Nome da mãe			
3	Nº da Declaração de Nascido Vivo	4	Data de Nascimento <input style="width: 20px;" type="text"/>	
5	Nº da Declaração de Óbito	6	Data do óbito <input style="width: 20px;" type="text"/>	
7	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	8	Peso ao Nascer <input style="width: 20px;" type="text"/> gramas	
9	Idade ao óbito (infantil) <input style="width: 20px;" type="text"/> meses <input style="width: 20px;" type="text"/> dias <input style="width: 20px;" type="text"/> horas <input style="width: 20px;" type="text"/> minutos <input type="checkbox"/> Ign			
10	Idade gestacional <input style="width: 20px;" type="text"/> semanas ou <input style="width: 20px;" type="text"/> meses <input type="checkbox"/> Ign			
11	Faixa etária ao óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Neonatal precoce <input type="checkbox"/> Neonatal tardio <input type="checkbox"/> Pós-neonatal <input type="checkbox"/> Ign			
12	Idade da mãe (em anos) <input style="width: 20px;" type="text"/> anos	13	Escolaridade materna <input style="width: 20px;" type="text"/> série <input style="width: 20px;" type="text"/> grau <input type="checkbox"/> Ign	
14	Município de residência da família			UF <input style="width: 20px;" type="text"/>
15	Município de ocorrência do óbito			UF <input style="width: 20px;" type="text"/>
Resumo do caso <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
16	Fontes de informações da investigação <input type="checkbox"/> Prontuários ambulatoriais (I1/F1) <input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar (I3/F3) <input type="checkbox"/> Autópsia verbal (AV1) <input type="checkbox"/> Registros do atendimento de urgência/emergência (I1/F1) <input type="checkbox"/> SVO (IF4) <input type="checkbox"/> Registros hospitalares (I2/F2) <input type="checkbox"/> IML (IF4)			
17	Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal <input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal			
17.1	Nome <input style="width: 80%;" type="text"/>		Código CNES <input style="width: 20%;" type="text"/>	
17.2	Nome <input style="width: 80%;" type="text"/>		Código CNES <input style="width: 20%;" type="text"/>	
17.2	Tipo de estabelecimento <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal <input type="checkbox"/> Ign			
17.3	Idade gestacional quando realizou a primeira consulta <input style="width: 20px;" type="text"/> semanas ou <input style="width: 20px;" type="text"/> meses <input type="checkbox"/> Ign			

18	Local do parto	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/> Ign
18.1	Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto					<input type="checkbox"/> Não se aplica
	Nome	_____				Código CNES _____
18.2	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Privado conveniado	<input type="checkbox"/> Privado não conveniado	<input type="checkbox"/> Filantrópico	<input type="checkbox"/> Ign
18.3	Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
18.4	Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
19	A criança era acompanhada na atenção básica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
19.1	Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada:					<input type="checkbox"/> Não se aplica
	Nome	_____				Código CNES _____
19.2	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal	<input type="checkbox"/> Ign
19.3	A vacinação estava em dia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
20	A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		
21	Causas do óbito após a investigação					CID
	Parte I a)	_____				
	b)	_____				
	c)	_____				
	d)	_____				
	Parte II	_____				
22	Causa básica após a investigação					
23	A investigação alterou ou corrigiu outro campo da Declaração de Óbito além das causas do óbito?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		
23.1	Quais campos e que alterações					
	Campo	Original	_____	Após a investigação	_____	
	Campo	Original	_____	Após a investigação	_____	
	Campo	Original	_____	Após a investigação	_____	
24	A investigação alterou ou corrigiu campo da Declaração de Nascido Vivo?	<input type="checkbox"/> Não se aplica		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
24.1	Quais campos e que alterações					
	Campo	Original	_____	Após a investigação	_____	
	Campo	Original	_____	Após a investigação	_____	
	Campo	Original	_____	Após a investigação	_____	

25	Foram identificados problemas após a investigação?	<input type="checkbox"/> Não se aplica			<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não		
26	Descrever os problemas identificados após a investigação	Falha no acesso			Falha na assistência					
Assinalar com um X a alternativa mais adequada (itens 26 a 35)		1.Sim 2.Não 3.Inconclusivo								
26.1	Planejamento familiar	1	2	3		1	2	3		
26.2	Pré-natal	1	2	3		1	2	3		
26.3	Assistência ao parto	1	2	3		1	2	3		
26.4	Assistência ao recém-nascido na maternidade	1	2	3		1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica	
26.5	Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS / PSF / PACS	1	2	3		1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica	
26.6	Assistência à criança na urgência / emergência	1	2	3		1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica	
26.7	Assistência à criança no hospital	1	2	3		1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica	
26.8	Dificuldades da família	1	2	3		1	2	3		
26.9	Causas externas					1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica	
26.10	Organização do sistema / serviço de saúde	1.Sim 2.Não 3.Inconclusivo								
a	Cobertura da atenção primária	1	2	3						
b	Referência e contra-referência	1	2	3						
c	Pré-natal de alto risco	1	2	3						
d	Leito de UTI - gestante de alto risco	1	2	3						
e	Leitos de UTI Neonatal	1	2	3						
f	Central de regulação	1	2	3						
g	Transporte pré e inter-hospitalar	1	2	3						
h	Bancos de sangue	1	2	3						
i	Outros. Especificar. _____									

27	Este óbito poderia ter sido evitado?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Inconclusivo						
28	Assinale a classificação de evitabilidade para este caso (mais de uma classificação pode ser assinalada)									
	Wigglesworth Expandida	<input type="checkbox"/> W1	<input type="checkbox"/> W2	<input type="checkbox"/> W3	<input type="checkbox"/> W4	<input type="checkbox"/> W5	<input type="checkbox"/> W6	<input type="checkbox"/> W7	<input type="checkbox"/> W8	<input type="checkbox"/> W9
	SEADE	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3	<input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> S5	<input type="checkbox"/> S6	<input type="checkbox"/> S7	<input type="checkbox"/> S8	
	Lista brasileira	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 1.2.1	<input type="checkbox"/> 1.2.2	<input type="checkbox"/> 1.2.3	<input type="checkbox"/> 1.3	<input type="checkbox"/> 1.4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
29	Recomendações e medidas de prevenção									
29.1	Planejamento familiar									
29.2	Pré-natal									
29.3	Assistências ao parto									
29.4	Assistência ao recém-nascido na maternidade									
29.5	Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS									
29.6	Assistência à criança na urgência / emergência									
29.7	Assistência à criança no hospital									
29.8	Organização do sistema / serviço de saúde									
30	Data da conclusão do caso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31	Responsável									
	Nome	<input type="text"/>				Carimbo e rubrica	<input type="text"/>			

ANEXO D



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DOS ÓBITOS DE CRIANÇAS COM MENOS DE UM ANO DE IDADE, RESIDENTES EM SANTA CRUZ DO SUL

Pesquisador: Maitê da Silva Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67640217.6.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.044.819

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Trabalho de Curso da acadêmica Silvana Spall Eisenhardt, do curso de Enfermagem, sob responsabilidade da professora Maitê da Silva Lima. O presente estudo tem o seguinte problema de pesquisa: Qual o perfil dos óbitos de crianças com menos de um ano de idade, residentes em SCS, no período de 2011 a 2016?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as características dos óbitos de crianças com menos de um ano de idade, residentes em SCS, de 2011 a 2016.

Objetivo Secundário:

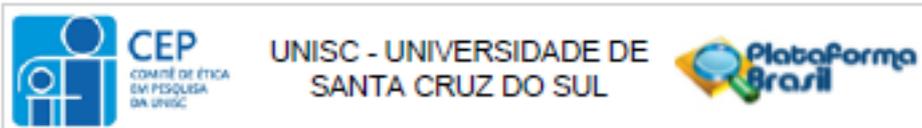
- Classificar os óbitos infantis em evitáveis e não evitáveis, de acordo com a causa principal;
- Identificar características maternas dos óbitos ocorridos;
- Identificar as características neonatais e infantis dos óbitos ocorridos;
- Classificar as causas de morte infantil no período de 2011 a 2016.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: os autores afirmam que a população do estudo não estará exposta a nenhum tipo de risco.

Benefícios: acredita-se que um melhor entendimento sobre o perfil da Mortalidade Infantil pode

Endereço: Av. Independência, nº 2200 - Bloco 6, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51) 3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.044.819

gerar um impacto para a família, comunidade e aos serviços de saúde; entendendo que grande parte desses óbitos pode ser evitada, justificando a necessidade de estudos sobre o assunto e possibilitando a utilização desses dados, para o planejamento de ações com vistas a redução dos óbitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa será do tipo transversal, descritiva, do tipo pesquisa documental. A pesquisa será realizada na cidade de Santa Cruz do Sul, junto ao Comitê Municipal de Ações de Redução da Mortalidade Infantil e Fetal e ao "Programa Bem-me-Quer", a partir da análise das Fichas de Investigação de Óbito Infantil e Fetal dos óbitos em menores de um ano residentes em SCB e a partir da análise das informações disponíveis no Portal BI (Business Intelligence) Gestor Municipal e Gestor Estadual, relacionadas a MI. Os sujeitos da pesquisa serão os recém nascidos e as crianças que foram a óbito antes de completarem um ano de idade, durante o período de 2011 a 2016, e suas mães. Será elaborada uma planilha no software Excel 2010 para sistematização dos dados coletados com as diversas variáveis a serem estudadas. Os resultados deste estudo serão apresentados sob a forma de monografia para a aprovação na disciplina de Trabalho de Curso II, do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISC, e poderão ser publicados em periódicos científicos na forma de artigo ou em eventos científicos e, ainda poderão ser apresentados aos gestores municipais e estaduais, bem como, aos seus respectivos comitês de ações de redução da Mortalidade Infantil e Fetal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos presentes e de acordo.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

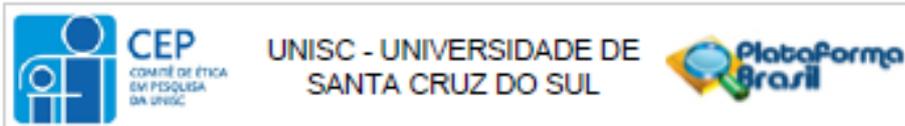
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	21/04/2017		Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 - Bloco 5, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7690 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.044.019

Básicas do Projeto	ETO_898481.pdf	23:43:01		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	21/04/2017 11:52:55	Maitê da Silva Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aceite.pdf	21/04/2017 11:51:59	Maitê da Silva Lima	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	21/04/2017 11:49:06	Maitê da Silva Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCFinal.docx	21/04/2017 11:48:34	Maitê da Silva Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa.doc	21/04/2017 11:12:39	Maitê da Silva Lima	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Neecessita Apreciação da CONEP:
Não

SANTA CRUZ DO SUL, 03 de Maio de 2017

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2293 - Bloco 5, sala 803
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br