

## Perfil da mortalidade neonatal no município de Governador Valadares

Carolina de Fátima Oliveira Ferreira<sup>1</sup>  
Edcarla Fontes Almeida<sup>1</sup>  
Izaura Paz Lopes<sup>1</sup>  
Maíra de Assis Meneses<sup>1</sup>  
Valéria de Oliveira Ambrósio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmicas do 9º Período do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE

<sup>2</sup>Orientadora Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE

### Resumo

A Mortalidade Neonatal (MN) é o principal componente da Mortalidade Infantil (MI), representando 60% das mortes infantis na América Latina, sendo o maior índice decorrente de causas evitáveis. O objetivo do trabalho é descrever o perfil da MN na cidade de Governador Valadares (GV) de 2010-2014, analisar os óbitos neonatais segundo a classificação referente a causas evitáveis e inevitáveis, compreender os principais fatores que norteiam a ocorrência do óbito neonatal. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa desenvolvida na cidade de GV, utilizando como fonte de dados relatórios anuais de investigação do Comitê de Mortalidade (CM) da cidade. Nos anos em questão, ocorreram 168 óbitos neonatais, sendo 60.94% precoces e 39.05% tardios. O número de óbitos evitáveis foi 68 e destes, 81% foram classificados como redutíveis se adequada atenção à gestação. Diante desse cenário, questionam-se as condições de vida e saúde da população nos anos em questão e a oferta dos serviços de saúde do município. Conclui-se que fatores determinantes para ocorrência do óbito neonatal demonstram que esses óbitos são passíveis de intervenção em sua maioria. O CM tem como principal objetivo esclarecer as circunstâncias dos óbitos, a fim de propor planejamento e intervenções para melhorar a qualidade da assistência. Sendo assim, várias estratégias de reorganização dos serviços de saúde são propostas, citando a necessidade de integração e humanização nas áreas de obstetrícia e neonatologia e de um planejamento que englobe a organização da atenção perinatal, com interação entre os serviços de atenção pré-natal e ao parto. Palavras-chave: Mortalidade Infantil. Mortalidade neonatal. Assistência pré-natal.

### Abstract

Neonatal mortality (MN) is the main component of Infant Mortality (IM), accounting for 60% of child deaths in Latin America, with the highest rate due to preventable causes. The objective is to describe the MN profile in Governador Valadares (GV) between 2010-2014, analyzes the neonatal deaths according

to the classification related to preventable and inevitable causes, understand the key factors that drive the occurrence of neonatal death. This is a quantitative and qualitative research conducted in the city of GV, using as a source annual reports research data from the Mortality Committee (MC) of the city. In the years in question occurred 168 neonatal deaths, 60.94% early and 39.05% late. The number of avoidable deaths was 68 and of those, 81% were classified as reducible to proper care during pregnancy. Given this scenario, one may question whether the conditions of life and health of the population in the years in question and the provision of municipal health services. It follows that the determining factors for the occurrence of neonatal death show that these deaths are amenable to intervention mostly. CM aims to clarify the circumstances of the deaths, in order to propose planning and interventions to improve the quality of care. Thus, various reorganization strategies of health services are proposed, citing the need for integration and humanization in the areas of obstetrics and neonatology and planning involving the organization of perinatal care, with interaction between prenatal care services and delivery.

Key-words: Infant Mortality. Neonatal mortality. Prenatal care.

## Introdução

A mortalidade infantil (MI) é considerada o principal indicador da situação de saúde da população. É utilizada para determinar ações de políticas públicas direcionadas à saúde infantil. Sua redução é uma meta a ser alcançada, por isso a Organização das Nações Unidas (ONU), assumiu este compromisso com o objetivo de conquistar maior dignidade de vida para a população mundial (FRANÇA; LANSKY, 2008).

Os óbitos infantis são considerados um evento indesejável, representando um grave problema de saúde pública, pois são mortes precoces, em sua maioria, evitáveis. Este evento deve ser investigado a fim, de identificar e compreender os fatores relacionados à sua ocorrência, com o objetivo de sugerir estratégias de intervenção para o aprimoramento dos serviços de atenção à saúde (DUARTE, 2007; VIDAL, 2003).

A MI é dividida em neonatal (óbito ocorrido nos primeiros 27 dias de vida) e pós-neonatal (óbito entre 28 dias até 1 ano). A Mortalidade Neonatal (MN) é subdividida em neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) e neonatal tardia (7 a 27 dias de vida), representa 60% das mortes infantis na América Latina, sendo o maior índice de ocorrência decorrente de causas passíveis de

intervenção. No Brasil, na década de 90, a MN se tornou o principal componente da MI (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002; PEDROSA; SARINGO; ORDONHA, 2007; RODRIGUES, 2013).

A MN está relacionada ao risco de óbito até os primeiros 27 dias de vida. Reconhecer o perfil dessa mortalidade é essencial para o planejamento de estratégias relacionadas à adequada assistência à mulher no período gestacional, assistência correta no momento do parto e pós-nascimento, principalmente o recém-nascido (RN) de alto risco. A cada ano, em média, 7,1 milhões de crianças morrem no primeiro ano de vida. Aproximadamente 75% dos óbitos acontecem no período neonatal precoce e 40% nas primeiras horas de vida (CALDEIRA et al., 2005).

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo descrever o perfil da MN na cidade de Governador Valadares (GV) no período de 2010-2014, analisar os óbitos neonatais, segundo a classificação realizada pelo Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna- Infantil de Governador Valadares (CMPOIF-GV), referente a causas evitáveis e inevitáveis, compreender os principais fatores que norteiam a ocorrência do óbito neonatal, ressaltar, com base na literatura científica, as estratégias de intervenção existentes para capacitação das equipes de saúde, a fim de melhorar a atenção ofertada à gestante e RN.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa desenvolvida na cidade de GV – Minas Gerais, utilizando como fonte de dados relatórios anuais de investigação do CMPOIF-GV.

*A pesquisa quantitativa, que tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Por outro lado, a pesquisa qualitativa tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, para apreender a totalidade no contexto daqueles que estão vivenciando o fenômeno ( GERHARDT; SILVEIRA 2009).*

O percurso metodológico para a realização deste estudo está apresentado em oito fases, sendo elas: determinação dos objetivos da pesquisa, especificação da metodologia a ser utilizada, revisão bibliográfica do tema, levantamento de dados, organização dos dados coletados em tabelas e gráficos, análise, discussão e redação do artigo.

Após determinados os objetivos da pesquisa, foi realizada revisão bibliográfica com o objetivo de compreender os aspectos norteadores da MN nas diversas regiões do Brasil. Para esta, foram selecionados 29 artigos em sites de cunho científico (SciELO, Bireme e Biblioteca virtual em Saúde) que abordavam o tema proposto. Foram utilizados como descritores as expressões: Mortalidade Infantil. Mortalidade neonatal. Assistência pré-natal.

Para o levantamento dos dados relacionados aos óbitos neonatais no município, foram coletados dados de boletins epidemiológicos municipais e públicos, disponibilizados pelo CMPOIF-GV. Através desses boletins, levantou-se o número de óbitos ocorridos em cada ano na cidade, a determinação do peso ao nascer (< 500g a > 3000g), idade gestacional (<22sm a >41sm), período de vida (neonatal precoce e neonatal tardia) e a classificação de cada óbito, realizada pelo comitê, que compreende três tipos de classificações, sendo a do CMPOIF-GV, SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados) e SUS (Sistema Único de Saúde).

Foram considerados todos os óbitos neonatais ocorridos nos anos de 2010 a 2014, quando utilizadas as variáveis MN geral, MN precoce e tardia, idade gestacional e peso ao nascer. Os dados que apresentavam classificação, segundo o comitê municipal, foram considerados quando utilizadas as variáveis óbito evitável e inevitável, assim como a classificação da assistência adequada inerente ao óbito.

Após o levantamento de dados, os mesmos foram organizados em gráficos e tabelas para melhor visualização e análise. A partir da organização dos dados foi possível analisar e discutir os gráficos embasados na literatura científica.

## Referencial Teórico

A maior parte dos óbitos neonatais poderia ser evitada com ações de intervenção a partir do reconhecimento das necessidades maternas nos serviços primários de atenção à saúde, parto e puerpério (BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012).

A identificação dos fatores de risco, como idade materna, grau de escolaridade, atenção ao pré-natal, assistência perinatal, gestação múltipla, idade gestacional, peso ao nascer e índice de Apgar, são primordiais para promover o planejamento e as intervenções direcionadas à redução dos óbitos, evitando a necessidade da utilização dos serviços de alta complexidade neonatal (ALMEIDA; BARROS, 2004; CARVALHO et al., 2007; HELENA; SOUSA; SILVA, 2005).

O Ministério da Saúde (MS) na portaria nº 1399 de 1999, criou o Comitê de Prevenção de Mortalidade Infantil e Fetal. O principal objetivo do comitê é esclarecer, tornar compreensível as circunstâncias dos óbitos e os fatores de risco, a fim de propor planejamento e intervenções para melhorar a qualidade da assistência. Os comitês em âmbitos municipais e regionais analisam o óbito a partir de coleta de dados e pareceres dos componentes do comitê, utilizando como base documentos da mãe, da criança, prontuários hospitalares, fichas de pré-natal, dados de visita domiciliar, declaração de nascidos vivos e declaração de óbito (BRASIL, 2009; CAMPOS; LOSHI; FRANÇA, 2007; MATHIAS; ASSUNÇÃO; SILVA, 2008).

O óbito evitável é aquele que pode ser prevenido, se houver efetiva e adequada assistência ofertada pelos profissionais de saúde. A evitabilidade é determinada a partir da análise dos acessos aos serviços de saúde, tecnologias e infraestrutura disponível (ABREU; CÉSAR; FRANÇA, 2007; MALTA et al., 2010).

A classificação desses óbitos atua como estratégia de vigilância epidemiológica para definir a efetividade da assistência prestada à mãe e ao RN, estabelecendo pontos negativos e positivos. Por isso, se faz necessária a participação dos representantes das instituições envolvidas diretamente na assistência (BRASIL, 2005).

Os desafios enfrentados para a redução da MN são o reconhecimento desse evento como um problema social e político e à deficiência dos serviços de saúde prestados à mulher na gestação e ao RN (BRASIL, 2004; RIBEIRO et al., 2008).

Ao analisar a evitabilidade do óbito neonatal, considera-se não apenas a atenção direcionada à gestação e ao RN, mas também a avaliação dos aspectos norteadores da saúde da mulher desde sua adolescência, com abordagem na anticoncepção, atendimento às mulheres vítimas de violência, doenças sexualmente transmissíveis/AIDS e promoção da saúde na prevenção da gravidez indesejada/não planejada ou de alto risco. A gravidez na adolescência é um reflexo da desigualdade social e acaba se tornando uma chance a mais para a ocorrência do óbito neonatal (BRASIL, 2012; FRANÇA; LANSKY, 2008).

A avaliação pré-concepcional tem objetivo de identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação, bem como o tratamento e manejo desses fatores garantindo a possibilidade de uma gravidez e nascimento saudável (BRASIL, 2012; FRANÇA; LANSKY, 2008).

O pré-natal de qualidade, dentro de todos os preceitos do SUS, garante à gestante atenção resolu-

tiva, integral e articulação para outros serviços e o referenciamento para acompanhamento do pré-natal de alto risco na atenção secundária ou serviço de urgência e emergência. Essas ações são aspectos importantes da política de humanização, que garantem adequada assistência nessa situação (BRASIL, 2005, 2011, 2012; GOMES et al., 2015).

Outras medidas que garantem a assistência adequada ao RN e parturiente é a integração de esforços nas áreas de obstetrícia e neonatologia, levando em consideração o fato de que muitos problemas ocorridos na gestação afetam diretamente a saúde do RN, dependendo, muitas vezes, de uma melhor utilização de recursos disponíveis nos serviços de saúde. O Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, na portaria nº 1.459/2011, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País, a fim de reduzir a taxa de morbimortalidade nessa área, com foco na assistência de qualidade segura e humanizada (BRASIL, 2012, 2013; FRANÇA; LANSKY, 2008).

Na fase denominada puerpério, mãe e filho devem ser avaliados com o objetivo de acompanhar e monitorar intercorrências maternas e o desenvolvimento do RN. As "ações do 5º dia" devem intensificar o cuidado com o RN e puérpera após o parto, período em que se concentram a grande parcela dos óbitos neonatais. Devem-se desenvolver ações que melhorem a cobertura à saúde e reforce a vinculação da mulher e RN na unidade básica de saúde (BRASIL, 2004, 2012).

Dentre as recomendações da Rede cegonha encontra-se o incentivo ao parto normal. O uso abusivo de intervenções em obstetrícia, como cesariana, tricotomia, episiotomia, ocitocina, restrição de mobilidade, ingesta hídrica durante trabalho de parto e o impedimento de acompanhante para a gestante, são fatores que sem justificativa técnica aceitável, desumaniza este momento especial para mulher. Ressalta-se também que o excesso de cesarianas transforma o trabalho de parto em um ato médico cirúrgico (BRASIL, 2012, 2013; FRANÇA; LANSKY, 2008).

Em 2012, segundo o Ministério da Saúde, o percentual nacional de cesarianas é de 55,4%, isso significa que a maioria das mulheres têm seus filhos por meio de uma cirurgia (BRASIL, 2012). Já em 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), afirma que o percentual de partos cesáreos no Brasil chega a 84%. Na rede pública de atenção à saúde este número é menor, representando cerca de 40% dos partos. A cesariana, quando não tem indicação médica, expõe a mulher e o bebê a riscos desnecessários à saúde. Estima-se que o parto cesáreo aumenta em 120

vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe (BRASIL, 2015).

Todos os esforços realizados pelo MS com base na melhoria da qualidade de assistência à gestante e ao RN necessitam de um planejamento que englobe a organização da atenção perinatal, com integração entre os serviços de atenção pré-natal e ao parto, de baixo e alto risco. A equipe de saúde deve produzir o melhor resultado possível, ofertando assistência eficaz na atenção primária, especializada e atenção hospitalar para alcançar o objetivo comum de atender à população de maneira qualificada e em tempo oportuno (FRANÇA; LANSKY, 2008; LANSKY et al., 2014).

## Análise e Discussão

A MN é calculada a partir do número de óbitos de crianças nascidas vivas de 0 a 27 dias de vida completos (27 dias, 23 horas e 59 minutos), pelo número de nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, multiplicado por mil (BRASIL, 2005).

Segundo Brasil (2009) no ano de 2007 a taxa de MN apresentou um índice de 13,1/1000 nascidos vivos em todo o Brasil. No ano de 2014 Lansky et al. (2014) demonstraram uma taxa de MN de 11,1/1000 nascidos vivos, apresentando uma queda nesses índices. Em GV, considerando o número de nascidos vivos, observou-se que as taxas de MN manteve-se abaixo do nível nacional no período de 2010 a 2014 conforme apresenta o gráfico 1.

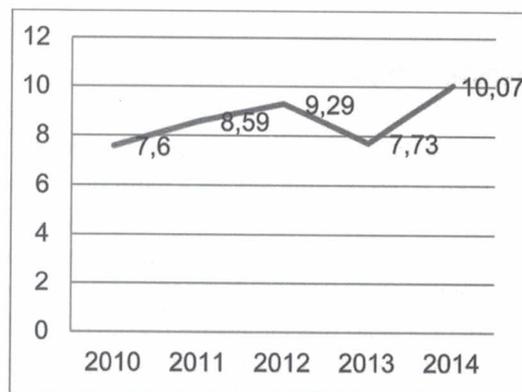


Gráfico 1 – Taxa de mortalidade neonatal no período de 2010-2014 em GV.

Fonte: Comitê de Mortalidade Materno Infantil de GV/MC

Pode-se observar, ainda que essas taxas mostram uma elevação, necessitando, portanto, de maior aten-

ção por parte dos serviços de saúde e poderes públicos, nas ações para redução dessas ocorrências.

Vários autores estudados demonstram a MN como parte significativa da MI com valores variando de 50% a 70% do total de óbitos. Brandão, Godeiro e Monteiro (2012) afirmam que 50% dos óbitos infantis são neonatais. No município de GV, nos anos de 2010 a 2014, conforme os relatórios anuais do CMPOIF-GV, a parcela de óbitos neonatais dentro da taxa de infantis variou de 63,82% a 76,74%. Pode-se verificar, portanto, que Valadares apresenta índices de MN acima do que se refere a literatura mais recente nos anos estudados.

No Brasil, os óbitos infantis, têm se concentrado no período neonatal, necessitando de ações de tecnologias simples e elaboração operacional. A redução da MN se torna um desafio, não somente para os serviços de saúde, mas também para o governo e sociedade. Tal situação reflete as desigualdades sociais no Brasil e a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde em tempo oportuno (BRASIL, 2004; FRANÇA, LANSKY, 2008)

Em Governador Valadares, nos anos considerados para este estudo, ocorreu um total de 169 óbitos neonatais, sendo que destes 60.94% foram precoces e 39.05% tardios (Gráfico 2).

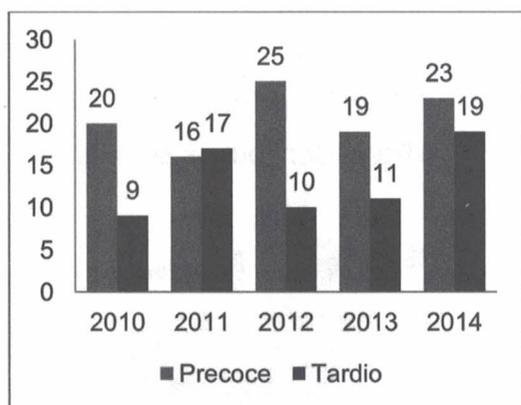


Gráfico 2 - Óbitos neonatais precoces e tardio 2010-2014 em GV/MG.  
Fonte: Comitê de Mortalidade Materno Infantil de GV/MG

Quanto aos óbitos que apresentavam classificação de evitabilidade, pode-se observar no gráfico 03, que os mesmos totalizam 135 e, desses 49,62% foram considerados inevitáveis e 50,37% classificados como evitáveis segundo o CMPOIF-GV. Dos óbitos inevitáveis 67,16% são precoces e 34,3% tardios. Levando em consideração os óbitos evitáveis, 55,9% são óbitos precoces e 42,6% são tardios.

Através do gráfico 03, pode-se observar que entre os anos de 2010 a 2013, os óbitos inevitáveis prevaleceram com relação aos óbitos evitáveis, tanto em

relação aos precoces, quanto aos tardios. O ano de 2014 se destaca ao apresentar, além de um número maior de óbitos neonatais, prevalência entre os óbitos neonatais evitáveis e precoces.

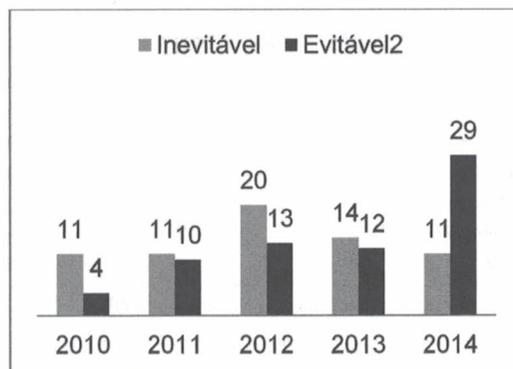


Gráfico 03 - Total de óbitos evitáveis/inevitáveis em GV 2010-2014  
Fonte: Comitê de Mortalidade Materno Infantil de GV/MG

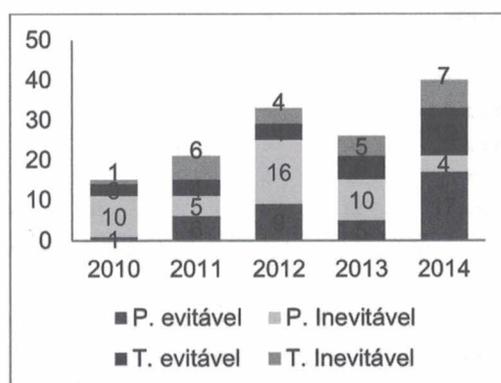


Gráfico 04 - Óbitos neonatais precoces e tardio segundo evitabilidade 2010-2014 em GV/MG  
Fonte: Comitê de Mortalidade Materno Infantil de GV/MG

Observa-se no gráfico 04, que a maior porcentagem de óbitos neonatais ocorreu no período neonatal precoce, seja por causas evitáveis ou inevitáveis. Conforme Lansk et al. (2014), 25% dos óbitos neonatais ocorrem nas primeiras 24 horas de vida do RN. Percebe-se que a ocorrência desses óbitos tem relação direta à assistência ofertada à gestante e ao RN no parto e nascimento.

Malta et al. (2010) descrevem que o conceito da mortalidade evitável é apropriado para o monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, a fim de prevenir mortes precoces e desnecessárias.

O óbito neonatal evitável está relacionado com a condição socioeconômica e escolaridade materna, acesso aos serviços de saúde, assistência adequada de pré-natal e presença de pediatra na sala de parto. Já o óbito neonatal inevitável, é aquele que ocorre

mesmo quando todas as ações e procedimentos adotados tenham sido oportunos e realizados corretamente (ÁBREU; CÉSAR; FRANÇA, 2007; CAMPOS; LOSCHI; FRANÇA, 2007).

Tabela 1 - Óbitos Neonatais segundo idade gestacional em GV/MG, 2010 à 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
< 22 sem	2	-	4	3	3
22-27 sem	8	6	4	10	14
28-31 sem	4	9	3	3	9
32-36 sem	4	3	7	8	9
37-41 sem	7	11	15	6	7
>42 sem	1	1	2	-	-
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>33</b>	<b>35</b>	<b>30</b>	<b>42</b>

Fonte: Comitê de Mortalidade Materno Infantil de GV/MG

Tabela 2. Óbitos neonatais segundo peso ao nascer em GV/MG, 2010 à 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
<500g	2	2	2	2	2
500-999g	8	9	6	11	16
1.000 a 1.499g	4	5	4	7	8
1.500 a 1.999g	2	3	3	2	3
2.000 a 2.499g	3	4	7	3	5
2.500 a 2.999g	1	4	3	2	1
>3.000g	6	6	10	3	6
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>33</b>	<b>35</b>	<b>30</b>	<b>42</b>

Fonte: Comitê de Mortalidade Materno Infantil de GV/MG

As tabelas 1 e 2 demonstram a relação da idade gestacional e peso ao nascer com os óbitos ocorridos nos anos pesquisados. Considerando a idade gestacional, 27,71% dos óbitos neonatais foram de crianças com idade gestacional entre 37 a 41 semanas e 25,30% dos óbitos neonatais foram de crianças com idade gestacional entre 22 a 27 semanas. Apesar de pouca diferença, esses dados mostram, na cidade de GV, uma realidade diferente das pesquisas realizadas por outros autores no Brasil. Em um estudo realizado por Ribeiro et al. (2008), mostrou que uma das variáveis de maior relevância para a ocorrência do óbito neonatal é a idade gestacional < 31 semanas. O mesmo é afirmado por Lansky et al. (2014), que em sua pesquisa nas diversas regiões do Brasil, constatou que a maior porcentagem de óbitos neonatais ocorreu em crianças com idade gestacional <32 semanas. Dos óbitos neonatais, com idade gestacional entre 37 a 41 semanas, ocorridos em GV, 61,36% tinham peso >3.000g, porém, 51,85% desses foram classificados como inevitáveis.

Com relação ao peso ao nascer, 30,12% dos óbitos neonatais foram de crianças com peso de 500 a 999g, sendo que os óbitos nas outras faixas de peso apresen-

taram índices menores que 19%. Esse fato já mostra conformidade com a literatura pesquisada. Ribeiro et al. (2008), mostrou que o peso ao nascer <2.500g é o maior fator de influência na morbimortalidade neonatal, resultante, além de outros fatores, das condições socioeconômicas maternas, fatores biológicos da mãe e RN, assim como a qualidade de assistência em saúde prestada. Lansky et al. (2014), afirma que o maior índice de mortalidade neonatal ocorreu com crianças <1.550g e que as que nascem com extremo baixo peso e extrema idade gestacional tem 200 a 300 vezes mais chances de morrer nos primeiros 28 dias em relação aos RN's com maior peso e idade gestacional.

De 2010 a 2014, 68% dos óbitos neonatais com peso entre 500 a 999g foram precoces e desses, 46% foram classificados como redutíveis, se for adequada a atenção à gestação.

Analisando o gráfico 05, observa-se que o município de GV, apresentou dados de evitabilidade em conformidade com os autores citados anteriormente, onde 81% dos óbitos neonatais ocorridos nos cinco anos foram considerados redutíveis se adequada atenção à gestação.

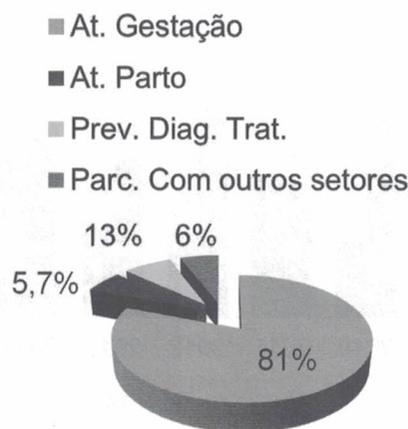


Gráfico 05. Óbitos evitáveis segundo o nível de atenção 2010-2014 em GV/MG

Fonte: Comitê de Mortalidade Materno Infantil de GV/MG

Os óbitos redutíveis, se adequado atenção à gestação, manteve-se crescente, variando de 25% a 92,3% do total de óbitos evitáveis nesses anos. O ano de 2014 além de apresentar maior número de óbitos evitáveis, comparado aos anos anteriores, mostrou que 86,20% dos óbitos nesse ano, foram redutíveis se adequada atenção à gestação. Essa análise levantada chama a atenção para a qualidade de assistência ao pré-natal ofertado pelo município nos anos em questão.

A realização de um pré-natal adequado dentro de todos os preceitos do SUS e do Programa Huma-

nização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN) colabora efetivamente para redução da mortalidade neonatal. A assistência pré-natal de qualidade está relacionada à capacitação das equipes envolvidas nesse contexto, comprometimento e criação de vínculo com a população, reduzindo os índices de abandono ao acompanhamento ou faltas às consultas (BRANDÃO; GODEIRO; MOTEIRO, 2012; GOMES et al., 2015)

As reduções das taxas de MN implicam, entre outros fatores, no acompanhamento adequado por parte das equipes de saúde na atenção à gestação, assim como a assistência dada ao RN no momento do parto e puerpério. A maior parte dos óbitos neonatais ocorre por situações de risco não detectadas na gestação, infecções, asfixia ao nascer e complicações da prematuridade (BRASIL, 2011).

### Considerações Finais

Através desse estudo pode-se concluir que os índices de mortalidade neonatal representam relevância dentro das taxas de mortalidade infantil, que apesar de reduzidas nos últimos anos no Brasil, esses índices se mantêm elevados.

Em GV, a TMN se manteve abaixo dos índices nacional em todos os anos pesquisados, porém, mostrou conformidade com vários autores, apresentando um alto índice de mortalidade neonatal precoce e de óbitos redutíveis, se adequada atenção à gestação.

O CMPOIF-GV tem como principal objetivo esclarecer e tornar compreensível as circunstâncias dos óbitos e os fatores de risco, a fim de propor planejamento e intervenções para melhorar a qualidade da assistência. Sendo assim, várias estratégias de reorganização dos serviços de saúde são propostas em algumas literaturas, citando a necessidade de integração, humanização nas áreas de obstetrícia e neonatologia, um planejamento que englobe a organização da atenção perinatal, com interação entre os serviços de atenção pré-natal e ao parto, de baixo e alto risco.

A equipe de saúde deve produzir o melhor resultado possível, ofertando assistência eficaz na atenção primária, especializada e hospitalar para alcançar o objetivo comum de atender à população de maneira qualificada e em tempo oportuno.

### Referências Bibliográficas

ABREU, D. M. X; CÉSAR, C. C. Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a imple-

mentação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.l.], v.21, n.5, p.282-291, 2007.

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v.7, n.1, p. 22-35, 2004.

BRANDÃO, I. C. A.; GODEIRO, A. L. S.; MONTEIRO, A. I. Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 596-602, dez. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS publica resolução para estimular parto normal na saúde suplementar**. 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>>. Acesso em:

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: Pré-natal de baixo risco 32**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção a saúde do recém-nascido: guia prático para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. 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.

CALDEIRA, A. P. et al. Evolução da mortalidade infantil

- por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.1, p.672-742, 2005.
- CAMPOS, D.; LOSCHI, R. H.; FRANÇA, E. Mortalidade neonatal precoce hospitalar em Minas Gerais: associação com variáveis assistenciais e a questão da subnotificação. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v. 10, n.2, p. 223-238, 2007.
- CARVALHO, P. I. et.al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16, n.3, p.185-194, jul./set. 2007.
- DUARTE, C.M.R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p.1511-1528, jul. 2007.
- FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas**. RIPSAs, Belo Horizonte: MG, 2008.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa: Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- COMES, R. N. S. Correlação da assistência médica e de enfermagem, no pré-natal, com a mortalidade fetal e neonatal. **R. Interd.**, [S.l.], v.8, n.3, p.31-38, jul./set. 2015.
- HELENA, E. T. S.; SOUSA, C. A; SILVA, C. A. Fatores de risco para mortalidade neonatal em Blumenau, Santa Catarina: linkage entre banco de dados. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.5, n.2, jun. 2005.
- LANSKY, S. et al. Pesquisa *Nascer no Brasil*: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, p.192-207, 2014.
- LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v.36, n.6, p. 759-772, 2002.
- MALTA, D.C. et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: Contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.481-491, mar. 2010.
- MATHIAS, T. A. F.; ASSUNÇÃO, A.N.; SILVA, G. F. Óbitos Infantis investigados pelo comitê de prevenção de mortalidade infantil em região do estado do Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Paraná, 2008.
- PEDROZA, L. D. C. O.; SARINGO, S. W.; ORDONHA, M. R. Análise de qualidade da informação sobre causa básica de óbitos neonatais registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo para Macaé, Alagoas, Brasil 2001-2002. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, out, 2007.
- RIBEIRO, A. M. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. **Revista de Saúde Pública**, Recife, 2008.
- RODRIGUES, R.B. et al. Mortalidade neonatal: estudo epidemiológico em uma maternidade pública. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, out. 2013.
- VIDAL, et al. Óbitos infantis evitáveis em hospital de referência estadual do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [S.l.], 2003.