

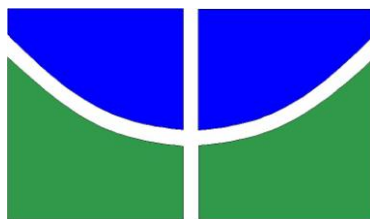
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

**Mortalidade infantil e perinatal: um retrato
comparativo entre unidades federadas
brasileiras e quatro regiões administrativas
mais populosas do Distrito Federal**

JETRO WILLAMS SILVA JUNIOR
Saúde Coletiva

Distrito Federal

2012



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

Mortalidade infantil e perinatal: um retrato
comparativo entre unidades federadas brasileiras e
quatro regiões administrativas mais populosas do
Distrito Federal

JETRO WILLAMS SILVA JUNIOR

Monografia submetida ao curso de
Saúde Coletiva como requisito parcial
ao grau de Sanitarista.

Orientador: Prof. Dr. José Antonio Iturri
De La Mata

Distrito Federal - 2012

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

JETRO WILLAMS SILVA JUNIOR

Título do trabalho:

Mortalidade infantil e perinatal: um retrato comparativo entre unidades federadas brasileiras e quatro regiões administrativas mais populosas do Distrito Federal

APROVADO EM: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. José Antônio Iturri De La Mata

Prof^a. Dr^a. Patrícia Fonseca Escalda

Prof^a. M^a Luiza de Marilac Meireles Barbosa

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Jetro Willams Silva e Janete Raquel Moreno Silva, irmãos Lígia Moreno Silva e Marcus Vinicius Moreno Silva e amigos mais próximos por toda compreensão e apoio durante a concretização de mais uma etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço especialmente a meus pais, Jetro e Janete que, não pouparam esforços para fornecer a mim, condições à melhor formação acadêmica, pela fé e superação que me encorajaram a ser quem sou hoje. A minha irmãzinha Lígia, que apesar de um pouco distante sempre esteve pronta a me ajudar no que fosse necessário. Ao Marcus, grande irmão de todas as horas. Ao meu cunhado Marquinhos, que é um exemplo pessoal e profissional a ser seguido.

Aos professores da Faculdade de Ceilândia, que seguem engrandecendo o nome da universidade e agora da cidade de Ceilândia também, pela excelente formação profissional que me proporcionaram. Ao enfermeiro chefe e coordenador do Comitê de Mortalidade Infantil e Fetal do Hospital Regional de Ceilândia Rony José da Silva, pelo tempo, paciência e conhecimento compartilhado, sem o qual a construção deste trabalho não se daria. Ao meu orientador, Prof. Dr. José Iturri e a minha co-orientadora Prof^a. Dr^a. Patrícia Escalda, pela paciência e compreensão durante a elaboração deste trabalho, sem os quais ele não teria se concretizado.

Ao grande amigo, Ryckardo que me acompanhou desde o segundo semestre do curso durante as provações e desafios, não esmorecendo, quiçá profligando-se ante os temerosos certames das “biológicas” ou das famigeradas idiossincrasias proferidas pelos queridos professores de língua nativa difusa. Outrora também aos colegas da primeira turma de Saúde Coletiva, pela perseverança de serem os “treze” remanescentes dessa difícil jornada. Também ao sincero, mais chegado que um irmão, Artur Navarro, por sempre estar presente nas horas difíceis e nas horas fáceis também, proporcionando momentos de saudável descontração e reflexão.

RESUMO

A mortalidade perinatal é considerada a de maior dificuldade e lenta redução, quando comparada à mortalidade pós-neonatal e infantil. Ela não expressa exclusivamente um indicador sobre condições de vida e saúde de uma população, ínterim é sensível da adequação da assistência obstétrica e neonatal e da resolubilidade de programas de intervenção específicos, por ter importante relação com a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido. Está vinculada a causas que se podem prevenir, relacionadas ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, além da qualidade dessa assistência, sendo mais elevada nos grupos sociais de baixa renda. Os objetivos deste trabalho foram: 1) descrever a mortalidade perinatal no Distrito Federal, por meio de seus coeficientes e compará-la com os sete estados que utilizam o método de cálculo direto para a mortalidade perinatal (São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Espírito Santo); 2) descrever a mortalidade infantil e perinatal na Região Administrativa de Ceilândia-DF e compará-la com os coeficientes de mortalidade perinatal e infantil das três regiões administrativas mais populosas do DF (Taguatinga, Samambaia e Planaltina). Os coeficientes de mortalidade perinatal foram relacionados e analisados entre estados e regiões administrativas do DF, bem como as causas de evitabilidade e o papel do gestor na redução da mortalidade perinatal.

Palavras Chave: Mortalidade perinatal, coeficiente de mortalidade perinatal, estados, regiões administrativas.

ABSTRACT

Perinatal mortality is considered the most difficult and slow decrease, compared to when they procure mortality after neonatal and infant. Expresses not only an indicator of living conditions and health of a population, is sensitive meantime the adequacy of obstetric and neonatal and solvability of specific intervention programs, by having important relationship to the assistance provided to mother and newborn . Is linked to causes that can be prevented, related to access and utilization of health services, and the quality of that care, being higher in low-income social groups. The objective of this study were: 1) to describe the perinatal mortality in the Federal District, through its coefficients and compare it with the seven states with direct calculation method for perinatal mortality (São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul and Espírito Santo); 2) To describe the infant and perinatal mortality in the Administrative Region of Ceilândia-DF and compare it with the coefficients of perinatal and infant mortality of the three administrative regions most populated and DF (Taguatinga, Samambaia and Planaltina). The perinatal mortality rates were analyzed and related administrative regions between states and the Federal District, as well as the causes of avoidable and the manager's role in reducing perinatal mortality.

Keywords: Perinatal mortality, perinatal mortality rate, states and administrative regions.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças, décima revisão

CMP – Coeficiente de Mortalidade Perinatal

CODEPLAN – Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central

DATASUS –

DF – Distrito Federal

DIVEP – Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DNV – Declaração de Nascido Vivo

DO – Declaração de Óbito

EHI - Encefalopatia Hipóxico Isquêmica

GAPPS - *Global Alliance to Prevent Prematurity and Stillbirth* (Aliança Global para Prevenção de Prematuridade e Natimortalidade)

HRC – Hospital Regional de Ceilândia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

RA – Região Administrativa

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RN – Recém-nascido

SAR – Síndrome da Angústia Respiratória

SES – Secretaria de Saúde

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação de Nascimentos

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DE BIBLIOGRAFIA.....	20
3. JUSTIFICATIVA.....	22
4. OBJETIVOS.....	23
4.1 OBJETIVO GERAL.....	23
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
5. METODOLOGIA.....	24
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	24
5.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	25
5.4 ANÁLISE DO ESTUDO.....	25
5.5 FONTE DE DADOS.....	26
6. RESULTADOS.....	27
7. DISCUSSÃO.....	58
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60

1. INTRODUÇÃO:

A saúde infantil no Brasil vem apresentando avanços importantes principalmente a partir da década de 1990 e 2000, demonstrada por indicadores que mostram significativas melhorias nos determinantes sociais das doenças em conjunto a organização dos serviços de saúde (Victora, 2011). Fatores como o acesso a medicamentos anticoncepcionais, melhoria do nível de instrução feminina e maior participação no mercado de trabalho, foram determinantes para uma queda acumulada de fecundidade, decorrendo em relação direta e indireta com a diminuição da mortalidade infantil (Paim et. al, 2011). A taxa de Mortalidade Infantil (TMI) que na década de 1980 correspondeu a um decréscimo de 5,5% ao ano, representou no período de 2000 a 2008 uma redução de 4,4%, ratificando a este avanço, a probabilidade de que a 4ª Meta do Milênio seja alcançada em 2013 (redução em dois terços da taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos).

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) permitiu sobremaneira a descentralização das ações de saúde de forma a subsidiar o planejamento e avaliação destas, promovendo a autonomia aos três entes federados por meio do conhecimento das demandas e necessidades macro e microrregionais (Viana, 2011). Neste contexto os sistemas de racionalidade epidemiológica se tornaram importantes provedores de dados essenciais ao cálculo de indicadores de monitoramento e avaliação dessas ações (Frias, 2010). Desde então, estabeleceram-se por parte dos governos: programas, pactos e políticas (mais recentemente a Rede Cegonha e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna) na intenção de aumentar o acesso aos sistemas de saúde e incrementar ações de prevenção e promoção da saúde (Frias et. Al, 2009; Lansky, 2002).

Em abril de 2012 o IBGE disponibilizou dados referentes à mortalidade infantil nos últimos dez anos, permitindo inferir importante queda na taxa de mortalidade infantil, que correspondia em 2000 a 29,7/1.000 NV e em 2010 decresceu para 15,6/1.000 NV. A região Nordeste liderou o maior declínio visto em todo país, tendo queda de 58%. Sua TMI que era em 2000 igual a 44,7/1.000 NV, decresceu em 2010 para 18,5 óbitos em menores de um ano

por mil nascidos vivos. A região Sul ainda permanece com as menores taxas de mortalidade infantil (12,6/1.000 NV - 2010). Motivador a essa queda, a taxa de fecundidade também demonstrou importante declínio, passando de 2,38 filhos por mulher em 2000, para 1,90 em 2010, movimento este observado em todas as regiões do Brasil.

A taxa de mortalidade infantil pondera sobre indicadores sociais, reflete as condições de vida e permite analisar situações de desigualdade que demandem ações e serviços específicos para subsídio a processos avaliativos, de planejamento e gestão de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção infantil e ao pré-natal. Esta taxa é obtida a partir do número de óbitos em menores de um ano dividido pelo total de nascidos, multiplicada por mil, em determinado espaço geográfico durante um período de tempo correspondente a um ano. Ela indica o risco de um nascido vivo evoluir ao óbito, é utilizada para produção e implementação de políticas públicas relacionadas à saúde infantil no primeiro ano de vida e sua redução é um das metas do milênio (RIPSA 2012). O Ministério da Saúde disponibiliza o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), implantado em 1975 e o Sistema de Informação de Nascimentos (SINASC), implantado em 1990, para o cálculo da taxa de mortalidade infantil (Mello et. Al, 2007).

São componentes da mortalidade infantil as idades: neonatal precoce (óbito ocorrido de 0 a 7 dias de vida); neonatal tardia (óbito ocorrido entre 8 a 28 dias de vida) e pós-neonatal. A considerável queda apresentada na TMI no Brasil resulta principalmente da redução da mortalidade pós-neonatal (entre 28 e 364 dias de vida) (Ministério da Saúde 2012). Desta forma, a redução da mortalidade neonatal (de 0 aos 27 dias de vida) é um grande desafio para o Brasil na atualidade, pois tem aumentado substancialmente sua participação na TMI nos últimos anos. Em 2008 os óbitos em idade neonatal representaram 68% da mortalidade infantil (Victora, 2011; Paim et. Al, 2011).

Por volta de 1950 a Organização Mundial da Saúde formou um comitê para definir métodos de avaliação do nível de vida. Doze componentes, denominados indicadores, passíveis de quantificação, foram criados por este comitê, sendo que o primeiro destes se refere à saúde incluindo condições demográficas (Indicadores de saúde, 2012). Entre estes, o de mais fácil

compreensão e primeiro a ser utilizado foi o indicador de mortalidade. A mortalidade perinatal, que compreende os óbitos fetais ocorridos a partir da 22ª semana de gestação somados a óbitos neonatais precoces, vem crescendo em importância na saúde coletiva, obedecendo à tênue relação com a assistência prestada à mãe e ao feto e/ou recém-nascido nos primeiros dias de vida, resultando em um indicador sensível advindo de programas específicos de intervenção nesta área.

Atualmente, por ser a mais importante causa entre óbitos neonatais, o parto pré-termo também se encontra entre o principal grupo de causas de óbito perinatal em todo mundo (Nakamura, 2000). Este é frequente em comunidades com baixos recursos e entre gestantes com altas taxas de infecção urinária. A prematuridade ainda é agravada em comunidades com *déficit* de recursos alocados em unidades de terapia neonatal e elevado custo de intervenções como o ¹ *surfactante* (Biblioteca Cochrane, 2011). Problemas respiratórios como a síndrome da angústia respiratória (SAR), são principal causa de morte entre recém-nascidos prematuros. O tratamento de ventilação por pressão positiva intermitente e *surfactante* tem se apresentado como principal modelo de intervenção a esta condição em crianças prematuras, aproximando-se de 70% dos óbitos evitáveis no Brasil. Destes, 46% representam óbitos em crianças com mais de 1.500g. Segundo a *Global Alliance to Prevent Prematurity and Stillbirth* (GAPPS), o parto pré-termo é evitável segundo adequada atenção ao recém nascido, à mulher durante gestação e parto, como também por adequado diagnóstico e tratamento. Prematuridade, desconforto respiratório, septicemias e pneumonias representam juntas mais de 25% das causas de óbito preventivas por adequada atenção ao pré-natal, obstétrica e pediátrica durante o parto (Campos, 2012).

Em países desenvolvidos, a asfixia perinatal afeta de 3 a 5 crianças por 1.000 nascidos vivos, destes de 0,5 a 1 criança/1.000 nascidos vivos irá desenvolver dano cerebral na forma de encefalopatia hipóxico isquêmica (EHI). Nos países em desenvolvimento, a repercussão potencial de EHI ainda é mais

¹ O surfactante pulmonar é uma substância fundamental na mecânica pulmonar. Ele está presente em todas as espécies que respiram através de pulmões, pois, na sua ausência, o líquido presente entre o alvéolo e o ar apresenta uma tensão superficial alta, que exerce uma força de colapso (sofrer alívio, perder firmeza – órgão) sobre estas estruturas pulmonares.

grave, devido à falta de recursos materiais e humanos (Biblioteca Cochrane, 2011).

De acordo com a CID 10/ 2008 (*manual de instrução*), pág. 158 (CID 10/ 2008 p. 158), o Coeficiente de Mortalidade Perinatal (CMP) estima a ausência de sinais de vida no óbito de um recém-nascido (RN) até a primeira semana de vida, somado ao número de óbitos fetais com idade gestacional igual ou superior a 22 semanas ou 154 dias, divididos pelo total de óbitos fetais somados ao total de nascidos vivos (CID-10, cap. XX). O Ministério da Saúde traz um conceito distinto do mencionado na CID-10 para o método de cálculo da TMP, que é igual a soma do número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais) e de óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos de vida, divididos pelo número de nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais a partir da 22^a semana de gestação).

Para o presente estudo utilizou-se para cálculo da mortalidade perinatal nas unidades federadas a idade neonatal como sendo óbito ocorrido de 0 a 6 dias de vida. Para as Regiões Administrativas do Distrito Federal, foi considerado para o cálculo da mortalidade perinatal e infantil o período correspondente desde o nascimento até a primeira semana de vida, ou seja, de 0 a 7 dias.

A mortalidade perinatal apresenta maior dificuldade de redução do que a pós-neonatal e neonatal-tardia, é mais lenta e complexa por englobar óbitos fetais e neonatais precoces. O Coeficiente de Mortalidade Perinatal tem apresentado grande disparidade nas diversas regiões brasileiras, de modo geral, poucos estudos no Brasil abordam especificamente a análise regional da mortalidade perinatal devido à falta de fidedignidade das informações. Tal fato remete a necessidade de realização de estudos que analisem e expressem as causas de evitabilidade da mortalidade perinatal, a fim de subsidiar o planejamento de estratégias que impactem este indicador (Barreto et. al, 2011).

Este indicador reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, bem como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência do pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Segundo dados da OMS de 2010, esse coeficiente também é válido ao subsídio dos processos de planejamento, gestão e avaliação de

políticas, pois permite um panorama das condições socioeconômicas e de saúde (Campos, 2012).

É importante ressaltar alguns entraves ao processo de alimentação dos sistemas de informação, de interesse à mortalidade infantil, ocasionados por diferentes fatores como a sub-notificação das mortes e de nascidos vivos, falta de preenchimento das variáveis e discordância das informações entre os sistemas (SIS Abrasco 2012). Devido a fatores como estes, somente sete estados e o Distrito Federal se encaixam nos critérios estabelecidos pela RIPSA (Rede Interagencial de Informações para a Saúde), que congrega instituições responsáveis por informação em saúde no Brasil, com o objetivo de produzir subsídios para políticas públicas de saúde, para o cálculo direto da mortalidade perinatal. São eles Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, São Paulo, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (Campos, 2012; SIS Abrasco, 2012, RIPSA, 2007). A baixa cobertura e falta de regularidade das informações são importantes obstáculos para o cálculo do CMI em algumas regiões (Romero, 2009).

No Brasil a redução da mortalidade infantil torna-se prioritária tendo como base quatro compromissos: o Pacto da Saúde, por intermédio do Pacto Pela Vida (março de 2006); o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (maio de 2008), Objetivo do Milênio (2000); o Compromisso de redução das desigualdades na Região Nordeste e Amazônia Legal (redução de 5% entre 2009 e 2010) e mais recentemente o contrato de gestão, por meio do vínculo com a Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (Campos, 2012). Estes compromissos confirmam o ideal assumido pela promoção das condições de vida e responsabilizam adoção de políticas e práticas necessárias à pretensão de desenvolvimento nas esferas de esteio da saúde com demais áreas de interesse ao progresso do Estado.

O estudo dos coeficientes de mortalidade perinatal é muito útil para avaliar a qualidade da atenção obstétrica e pediátrica durante o período do pré-natal e perinatal, entretanto para se ter um dado confiável é importante atuar sobre as causas da sub-notificação desses óbitos e particularmente sobre a assistência ao parto, pois constam poucas informações de referência nos sistemas de informação, aos recém-nascidos e ao parto no Brasil (Lanski et. al,

2006). Coeficientes altos de mortalidade perinatal sugerem que a qualidade da assistência prestada à saúde é baixa.

2. REVISÃO DE BIBLIOGRAFIA:

A constituição de 1988 trouxe um arcabouço importante de marcos, tendo como o mais importante a implementação do SUS (Frias, 2010), instituindo responsabilidades e autonomia necessária à descentralização proposta. Este agora novo sistema se adequa à demanda universal de um país com proporções continentais. A partir disso, os sistemas de informação do Ministério da Saúde trazem consigo subsídio necessário à tomada de decisão pelos gestores do sistema.

Na década seguinte (1990) inicia-se uma mobilização mundial para redução da mortalidade infantil, tendo grande relevância os Sistemas de informação utilizados nesse processo, no Brasil SIM e SINASC (Frias, 2010). Corroborando este quadro, desde a década de 1970 iniciou-se a criação de programas com importante atuação para a redução da mortalidade infantil, a saber: Programa de Imunizações (1973); o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno (1981); o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (1984); o Programa de Redução da Mortalidade Infantil (1995); o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991) e o Programa de Saúde da Família (1994), todos com o intuito de aumentar o acesso ao SUS, bem como de fazer promoção e prevenção da saúde.

No decorrer deste processo foram criados métodos de cálculo, direto e indireto, da mortalidade infantil para fundamentar a gestão do SUS (Frias, 2010). O método de cálculo direto é obtido a partir dos dados registrados nos sistemas de informações vitais do MS, e realizado dividindo-se o número absoluto de óbitos em idade infantil pelo número de nascidos vivos em um período normalmente igual a um ano em seguida multiplicado o número obtido por 1.000. Já o método de cálculo indireto consistia (inicialmente quando proposto) em relacionar proporções de filhos sobreviventes, classificados por grupo quinquenal de idade das mães às probabilidades de morte do nascimento a diferentes idades na infância a partir de questões que visavam saber o número de filhos tidos e o número de filhos vivos (que sobreviveram) durante o censo. Posteriormente este método foi aperfeiçoado e adaptado de modo a incluir situações de mortalidade variável com o tempo e a relacionar

probabilidade de sobrevivência dos filhos, novamente categorizados por idade materna, tendências temporais dos anos anteriores, na tentativa de corresponder a estimativas (Coale et al, 1978; UM, 1990).

Os métodos que hoje servem à alimentação dos sistemas de informação de saúde atuais, especificamente SIM e SINASC, têm como finalidade a diminuição dos indicadores passíveis de prevenção e evitabilidade do óbito durante a gravidez e o período que se sucede ao parto. O conceito de "óbitos evitáveis" advém de meados da década de 1970, com Rutstein e posteriormente Suárez – Varela: *"aquelas causas de óbitos cuja ocorrência está intimamente relacionada à intervenção médica"*. Desta forma, o óbito evitável emana de indicadores sensíveis à qualidade da atenção à saúde prestada pelo sistema de saúde. Deste modo, o óbito evitável pode ser entendido como "evento sentinela", constituindo-se em um dos métodos para vigilância à saúde proposto por Rutstein *et al* (Malta et al, 2007).

Segundo Samico e colaboradores, *"os eventos sentinela apresentam-se como definidores de situações evitáveis, indicando que a qualidade da atenção deva ser melhorada, assim como determina que a investigação do ocorrido deva ser seguida de intervenções sobre possíveis setores socioeconômicos, ambientais, culturais ou genéticos que possam ser determinantes da situação encontrada"* (Samico et al, 2002).

A utilização do conceito de evitabilidade pelos mecanismos de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde é grandemente facilitado em objetividade, oportunidade, facilidade na difusão e acesso, permitindo análises dos indicadores de mortalidade, de suas tendências temporais e comparações de suas probabilidades estimadas entre diversas regiões e Municípios (Samico et al, 2002)..

A classificação de perinatalidade advém da oitava revisão da CID (CID – 8), em 1967. Revisada pela última vez em 1996, a CID 10 estipula este período a partir da 22ª semana de gravidez até a primeira semana após o parto, considerando crianças com peso acima de 500g, embora ainda existam autores que defendam a inclusão do período neonatal tardio no cálculo do coeficiente de mortalidade perinatal. Assim como a mortalidade pós-neonatal e neonatal, a mortalidade perinatal está em nexos com causas passíveis de

prevenção, relativizadas à qualidade de acesso e assistência prestada na utilização dos serviços de saúde (Anvisa, 2012).

Atualmente, as mortes em período perinatal no Brasil são causadas na maioria das vezes por asfixia-intrauterina e intraparto, baixo peso ao nascer, afecções respiratórias nos recém-nascidos, infecções em geral e prematuridade, enquanto em países desenvolvidos, malformações congênitas e prematuridade (que são causas que não se pode prevenir e na maioria dos casos evitar) são as principais causas de morte deste período (De Lorenzi et al, 2001; Kahale, 2000). Deste modo, a análise da mortalidade perinatal pode auxiliar nos processos de tomada de decisão no âmbito do planejamento e avaliação da qualidade prestada na assistência ao RN, bem como a adequação dos serviços prestados de obstetrícia e neonatal (Lansky et al, 2002).

3. JUSTIFICATIVA

O ingresso em uma universidade federal como a UnB certamente permite ao graduando em saúde coletiva, visualizar, por meio do contato com diversas possibilidades de atuação, de forma ampla como os serviços de saúde de modo geral encontram-se defasados e precários na capital do país, bem como evidenciar a necessidade urgente de incorporação deste profissional nestes serviços, mormente no SUS.

A possibilidade de mudança e a compreensão do caminho necessário a esta, permitiu a elaboração deste trabalho, que afirma a principal via de interlocução entre teoria e prática, entre academia e mercado de trabalho, que é a exposição transparente do que é prioritário ao crescimento profissional, capaz de subsidiar a tomada de decisão necessária ao desenvolvimento pertinente a saúde em âmbito micro e macrorregional.

Durante o período de agosto de 2010 a agosto de 2012, observou-se de forma detalhada o retrato da mortalidade perinatal na cidade de Ceilândia-DF. Por intermédio da participação junto ao comitê de prevenção do óbito infantil e fetal do Hospital Regional de Ceilândia – HRC, pôde-se comparar a situação dessa região administrativa com as demais do DF e municípios de mesmo porte no país, sobretudo observar a distância entre o esperado e o ocorrido durante o período que percorreu nesses dois anos.

A formação em Saúde Coletiva possibilitou de tal forma uma visualização abrangente dos espaços de trabalho, da participação dos profissionais agregados ao processo de investigação da mortalidade infantil, das falhas apontadas pela mesma no acesso, assistência, pré-natal, planejamento familiar entre outras áreas e também nas rotinas do comitê. Desde modo vislumbrou-se até onde intervenções seriam viáveis, levando-se em conta o complexo e centralizado sistema de distribuição de recursos para a saúde no Distrito Federal e o monopólio político influente nas decisões macro e microrregionais.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a mortalidade perinatal no Distrito Federal, como um todo, comparando-a com os sete estados que utilizam o método de cálculo direto para a mortalidade perinatal, a saber: São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Espírito Santo.

Descrever a mortalidade infantil e perinatal na Região Administrativa de Ceilândia-DF, analisando-a e comparando-a com os coeficientes de mortalidade perinatal e infantil do DF e das três seguintes regiões administrativas mais populosas do DF, a saber: Taguatinga, Samambaia e Planaltina.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a mortalidade perinatal segundo assistência pré-natal, peso ao nascer, idade da mãe, idade gestacional, tipo de parto, escolaridade da mãe e principais causas de óbitos nas oito unidades da federação mencionadas entre o ano de 2000 a 2010.

Descrever a mortalidade perinatal no DF nos anos de 2009, 2010 e 2011, comparando-a com as três RAs mais populosas do DF.

5. METODOLOGIA:

5.1 TIPO DE ESTUDO:

Este é um estudo espidemiológico descritivo. Este tipo de estudo tem como objetivo informar sobre a distribuição de um dado evento, em termos quantitativos, podendo examinar como uma doença ou condição relacionada a saúde varia de acordo com características de sexo, idade, escolaridade, renda, etc.

5.2 LOCAL DO ESTUDO:

A metodologia de seleção das UFs procurou se adequar às diretrizes estabelecidas pela Ripsa/MS quanto ao grau de cobertura de óbitos infantis, sendo escolha das UFs que possuem simultaneamente cobertura do SINASC igual a 90% de nascidos vivos e do SIM igual a 80% de óbitos menores de um ano de idade (*Tabnet, 2012*).

As UFs com método direto de cálculo da mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal) são Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. Chamadas de grandes regiões, as oito UFs possuem mais de 1 milhão de habitantes e boa hegemonia dos sistemas de registro contínuo.

Atualmente no DF, existem 19 Regiões administrativas. No presente estudo foram analisadas e comparadas a III RA – Taguatinga; VI RA – Planaltina; IX RA – Ceilândia e a XII RA – Samambaia, juntas detem mais de 43% da população total do DF e todas possuem hospital público próprio que atendem a população residente e do entorno.

A IX Região Administrativa do DF, Ceilândia possui grande interesse na redução da mortalidade infantil, pois deteve pelos últimos três anos as maiores taxas de mortalidade infantil do DF. Esta RA possui atualmente 402.729 habitantes (2012), o que corresponde a 15,67% da população total do DF, constituindo-se a RA mais populosa do DF (IBGE, 2012). Criada a partir da Lei

nº 49/89 e o Decreto 11.921/89, é composta pelas quadras: QNM, QNN, QNO, QNP, QNQ, QNR, dispostas em torno de dois eixos que se cruzam em um ângulo de 90º e pelo Setor Industrial²¹.

Com o *status* de cidade dormitório, essa cidade foi constituída pelo governador Hélio Prates em 1971 e denominada como Centro de Erradicação de Invasões (CEI). Atualmente é a maior do Distrito Federal, povoada com 15,65% da população total (CODEPLAN, 2011). O atendimento público à saúde da população residente concentra-se em apenas um hospital com 18 especialidades e 11 Unidades Básicas de Saúde. Dedutível a este quadro populacional, o total de nascidos vivos em Ceilândia no ano de 2010 foi de 7.187 (CODEPLAN/ IBGE).

Os coeficientes de mortalidade tiveram um movimento oscilante entre os anos 2007 a 2011 em todo o Distrito Federal, permitindo aferir que Ceilândia teve importante papel neste fenômeno por ter o maior número de nascimentos do DF. Apresentando um breve panorama, em 1997 o CMI no DF correspondia a 17,10 (165 óbitos) e em 2000 correspondeu a 20,52. Esperava-se que em 2010 estivesse em 15,4 (DPS/SES 2011).

5.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO:

- **Peso ao nascer:** A estratificação dessa variável em até 999g, de 1.000g a 3.999g e 4.000g ou mais, serviu como subsídio a observação dos óbitos perinatais passíveis de evitabilidade, segundo adaptação de Keeling *et al.* Onde os grupos acima de 1.000g são compreendidos em 5 principais grupos: mal-formação; prematuridade; asfixia intraparto, anteparto e causas específicas.
- **Idade da mãe:** A classificação se verificou em anos estratificados de 10 a 19 anos; de 20 a 39 anos; 40 anos e mais.
- **Idade gestacional:** Esta variável segue a estratificação encontrada no *DATASUS* que vai a partir da 22ª semana e anteriormente a esta até a 42ª e posteriormente a esta.
- **Tipo de parto:** Seguindo o padrão encontrado no *DATASUS* estratificam-se os dois únicos grupos por tipo de parto: vaginal ou cesário.

- Escolaridade da mãe: Esta variável foi estratificada por tempo de permanência na escola de 0 a 12 anos ou mais.
- Principais causas de óbitos: Foram analisadas com base na CID-10.

5.4 ANÁLISE DO ESTUDO:

Os dados do DF usados neste trabalho, foram referentes aos anos de 2009 a 2011. A análise foi feita a partir do programa Excel e descrita segundo as variáveis de frequência expostas.

Para as oito UFs do Brasil e Regiões Administrativas do DF foram utilizadas as fórmulas padronizadas para o cálculo do coeficiente de mortalidade perinatal e do coeficiente de mortalidade infantil.

5.5 FONTE DE DADOS:

- Na DIVEP-MS (SES-DF) foram obtidos os dados atualizados de 2009 a 2011 do DF e Ceilândia.
- Os dados dos sete estados de interesse e DF foram obtidos a partir do sítio do *DATASUS/MS* e tabulados no programa Excel, referentes ao período de 2000, 2005 e 2010.

6. RESULTADOS:

A partir dos dados obtidos no sítio do *DATASUS*, foram elaboradas as seis tabelas de 1 a 6 que se seguem trazendo um panorama da mortalidade perinatal segundo as variáveis descritas nos métodos. Os gráficos apresentados em sequência as tabelas apresentam a mortalidade infantil e perinatal no DF e separadamente nas RAs abordadas nos métodos.

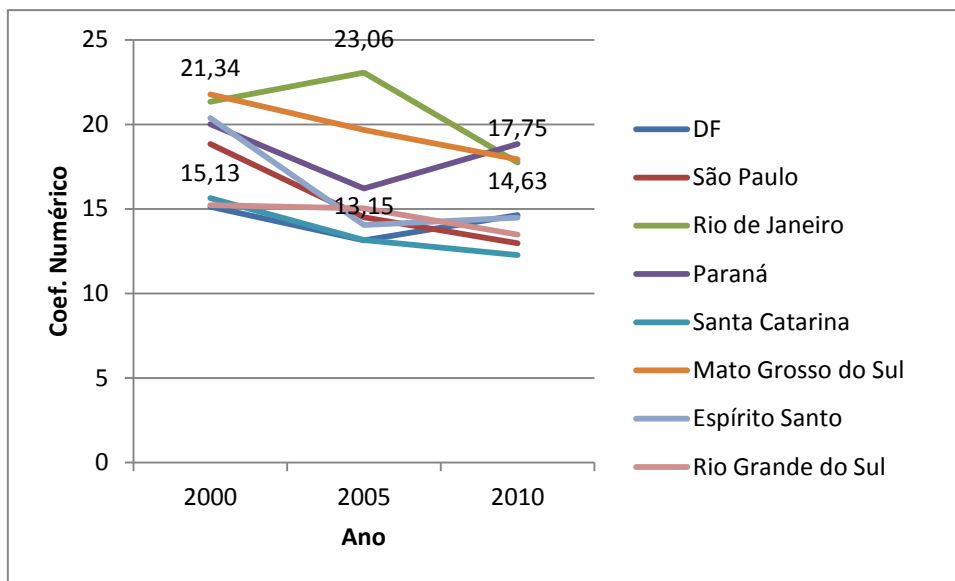
5.1 – Mortalidade perinatal e suas variáveis entre as oito unidades federadas com método de cálculo direto para mortalidade infantil, segundo os anos de 2000, 2005 e 2010.

TABELA 1- Coeficiente de mortalidade perinatal (por 1.000), em oito UF/Brasil, 2000, 2005 e 2010

Unidade da Federação	2000	2005	2010
DF			
Nascimentos Totais	48.891	46.691	44.612
Óbitos Perinatais	525	614	653
CMP x1.000	15,13	13,15	14,63
São Paulo			
Nascimentos Totais	694.776	623.886	605.753
Óbitos Perinatais	13.085	9.056	7.857
CMP x1.000	18,83	14,51	12,97
Rio de Janeiro			
Nascimentos Totais	262.364	226.488	217.585
Óbitos Perinatais	5.599	5.224	3.864
CMP x1.000	21,34	23,06	17,75
Paraná			
Nascimentos Totais	181.211	161.726	123.343
Óbitos Perinatais	3.628	2.623	2.324
CMP x1.000	20,02	16,21	18,84
Santa Catarina			
Nascimentos Totais	96.432	85.151	85.207
Óbitos Perinatais	1.509	1.121	1.047
CMP x1.000	15,64	13,16	12,28
Mato Grosso do Sul			
Nascimentos Totais	40.894	41.850	40.530
Óbitos Perinatais	891	824	727
CMP x1.000	21,78	19,68	17,93
Espírito Santo			
Nascimentos Totais	59.006	52.952	52.298
Óbitos Perinatais	1.203	744	758
CMP x1.000	20,38	14,05	14,49
Rio Grande do Sul			
Nascimentos Totais	178.205	148.499	134.377
Óbitos Perinatais	2.713	2.232	1.812
CMP x1.000	15,22	15,03	13,48

Fonte: DATASUS/ 2012.

GRÁFICO 1 – Coeficiente de Mortalidade Perinatal (por 1000), em 2000, 2005 e 2010, das oito Unidades da Federação com método direto para o cálculo da mortalidade infantil



Fonte: DATASUS/ 2012.

De um modo geral observa-se tendência decrescente da mortalidade perinatal nas UFs estudadas, as estatísticas da mortalidade perinatal são afetadas pela qualidade dos sistemas de informação, ressalta-se a importância de erros de preenchimento nas fichas de alimentação dos sistemas de consulta, DO (declaração de óbito) e DNV (declaração de nascido vivo) como responsáveis por parte de falhas de recursos humanos que se refletem nos sistemas de informação, bem com a baixa notificação que ainda permeia o hábito profissional de sustento das bases de dados. O estado do Espírito Santo teve mais importante queda dos demais estados passando do maior CMP em 2000 (20,38) para o quarto menor em 2010 (14,49), representando uma diminuição igual a 5,86 em seu coeficiente o que significou uma queda de aproximadamente 29% no decorrer da década mencionada. Santa Catarina permaneceu com os mais baixos valores ainda conseguindo reduzir no período observado seu CMP em 3,36, representando queda de 21,5%. O Rio de Janeiro foi o estado que atingiu maior crescimento do CMP no ano de 2005 chegando a 23,6. O DF teve certa estabilidade no decorrer desta década, com redução de apenas 0,5 (a menor), observada também pequena redução seguida de elevação do CMP entre 2000 e 2010. Entre o período de 2005 a 2010, o CMP do DF, quando comparado aos demais estados possibilita uma

visualização dessa estabilidade. O Paraná se assemelha ao movimento observado no DF de queda e ascensão de 2000 a 2010.

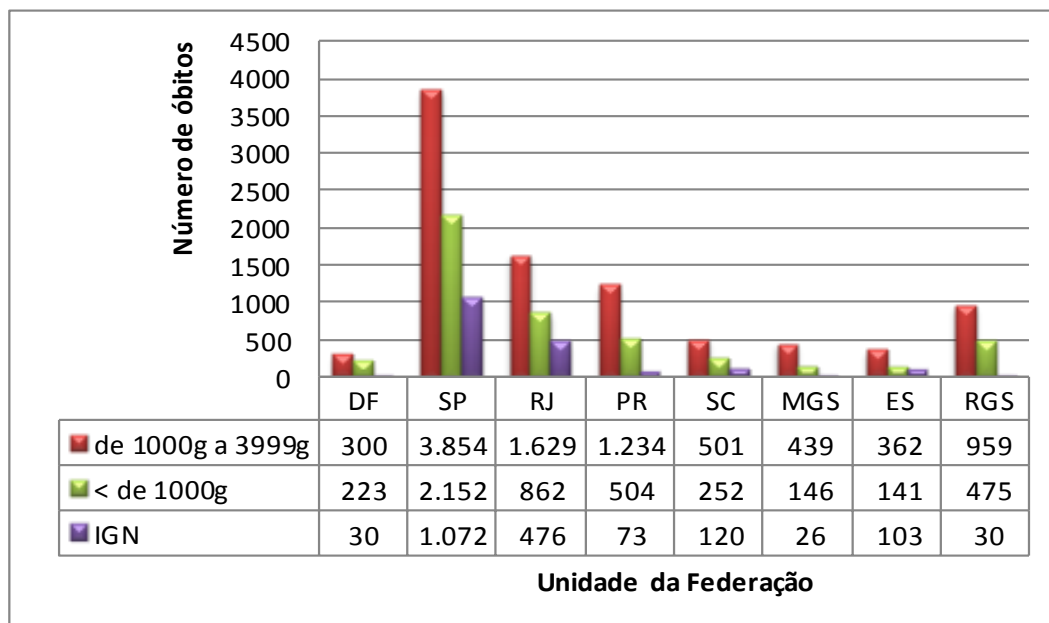
TABELA 2- Número absoluto e percentual dos óbitos perinatais segundo peso ao nascer (gramas), em óbitos em idade perinatal, em oito UF/Brasil, 2000, 2005 e 2010

UF	Peso ao nascer (g)	2000	%	2005	%	2010	%
DF							
	Até 999g	158	23,55	206	32,91	223	39,89
	De 1000 a 3999g	381	56,78	366	58,47	300	53,67
	4000g e mais	16	2,38	14	2,24	6	1,07
	Ignorado	136	20,27	40	6,39	30	5,37
	TOTAL	671	100,00	626	100,00	559	100,00
São Paulo							
	Até 999g	1998	16,76	2576	30,84	2152	30,04
	De 1000 a 3999g	4397	36,88	2655	31,78	3854	53,80
	4000g e mais	106	0,89	77	0,92	85	1,19
	Ignorado	5421	45,47	2045	24,48	1072	14,97
	TOTAL	1.1922	100,00	8.353	100,00	7.163	100,00
Rio de Janeiro							
	Até 999g	1039	20,32	953	26,69	862	28,70
	De 1000 a 3999g	3034	59,33	1957	54,80	1629	54,23
	4000g e mais	71	1,39	68	1,90	37	1,23
	Ignorado	970	18,97	593	16,61	476	15,85
	TOTAL	5.114	100,00	3.571	100,00	3.004	100,00
Paraná							
	Até 999g	496	14,11	559	23,97	504	27,39
	De 1000 a 3999g	2119	60,30	1615	69,25	1234	67,07
	4000g e mais	53	1,51	37	1,59	29	1,58
	Ignorado	846	24,08	125	5,36	73	3,97
	TOTAL	3.514	100,00	2.332	100,00	1.840	100,00
Santa Catarina							
	Até 999g	195	13,09	217	20,38	252	28,38
	De 1000 a 3999g	672	45,10	535	50,23	501	56,42
	4000g e mais	15	1,01	18	1,69	15	1,69
	Ignorado	608	40,81	295	27,70	120	13,51
	TOTAL	1.490	100,00	1.065	100,00	888	100,00
Mato Grosso do Sul							
	Até 999g	96	9,95	142	17,73	146	23,14
	De 1000 a 3999g	422	43,73	580	72,41	439	69,57
	4000g e mais	7	0,73	10	1,25	20	3,17
	Ignorado	440	45,60	69	8,61	26	4,12
	TOTAL	965	100,00	801	100,00	631	100,00

Espírito Santo							
Até 999g	146	13,27	168	20,54	141	22,85	
De 1000 a 3999g	446	40,55	419	51,22	362	58,67	
4000g e mais	16	1,45	17	2,08	11	1,78	
Ignorado	492	44,73	214	26,16	103	16,69	
TOTAL	1.100	100,00	818	100,00	617	100,00	
Rio Grande do Sul							
Até 999g	469	17,53	163	8,10	475	31,84	
De 1000 a 3999g	1260	47,09	1378	68,46	959	64,28	
4000g e mais	42	1,57	37	1,84	28	1,88	
Ignorado	905	33,82	35	1,74	30	2,01	
TOTAL	2.676	100,00	2.013	100,00	1.492	100,00	

Fonte: DATASUS/ 2012.

GRÁFICO 2 - Peso ao nascer no ano, dados referentes a 2010, das oito Unidades da Federação com método direto para o cálculo da mortalidade infantil



Fonte: DATASUS/ 2012.

Excluindo-se recém-nascidos com má formação congênita letal, existe um consenso na literatura de que crianças com peso acima de 1.000/g são consideradas viáveis. Finan e Clarke afirmam a existência de uma margem mínima de óbitos perinatais que não se pode prevenir (“mínimo irreduzível”) correspondente a 2,18 óbitos/1.000. Entretanto não há acordo literário com relação a essa taxa. Como a mortalidade perinatal inclui óbitos fetais, a análise de peso desta faixa etária não é tão discutível por trazer dados de confundimento uma vez que inclui idade neonatal e fetal. Apresenta-se a estratificação apenas em maior e menor de 1.000/g por admitir ser esta a separação entre viável e não viável, entretanto não foi intenção do trabalho trazer uma discussão aprofundada sobre o tema.

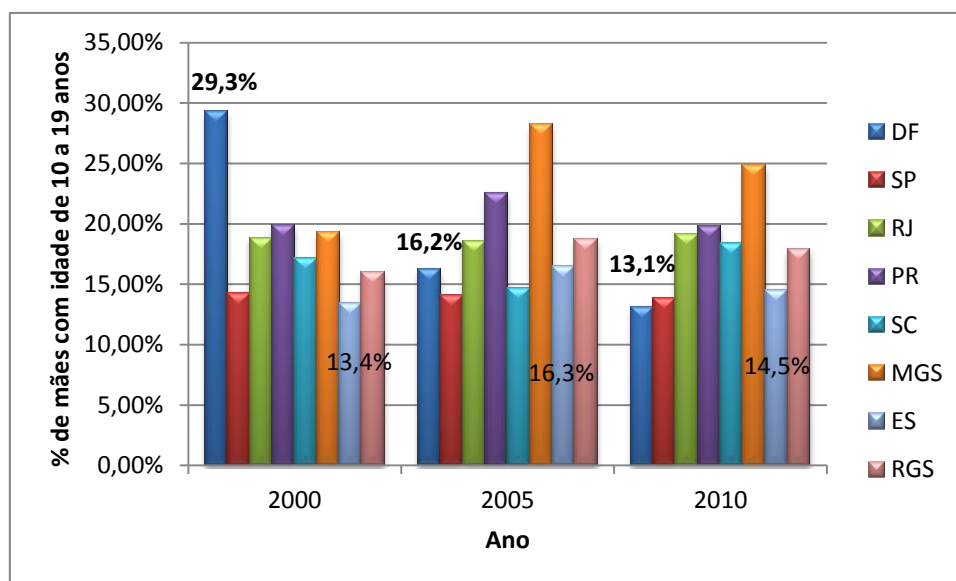
TABELA 3- Idade da mãe (anos), em óbitos em idade perinatal, em oito UF/Brasil, 2000, 2005 e 2010

UF	Idade da mãe (anos)	2000	%	2005	%	2010	%
DF							
	10 a 19 anos	260	29,28	121	16,22	93	13,12
	20 a 39 anos	437	49,21	488	65,42	476	67,14
	40 anos e +	15	1,69	18	2,41	35	4,94
	Ignorada	176	19,82	119	15,95	105	14,81
	Total	888	100,00	746	100,00	709	100,00
São Paulo							
	10 a 19 anos	2.118	14,23	1.380	14,01	1.191	13,79
	20 a 39 anos	7.342	49,34	5.390	54,71	5.240	60,68
	40 anos e +	404	2,71	323	3,28	318	3,68
	Ignorada	5.017	33,71	2.759	28,00	1.886	21,84
	Total	14.881	100,00	9.852	100,00	8.635	100,00
Rio de Janeiro							
	10 a 19 anos	1.233	18,81	862	18,60	799	19,15
	20 a 39 anos	3.860	58,89	3.035	65,48	2.763	66,21
	40 anos e +	206	3,14	137	2,96	173	4,15
	Ignorada	1.256	19,16	601	12,97	441	10,57
	Total	6.555	100,00	4.635	100,00	4.173	100,00
Paraná							
	10 a 19 anos	808	19,86	621	22,53	481	19,80
	20 a 39 anos	2.349	57,74	1.872	67,92	1.746	71,88
	40 anos e +	121	2,97	110	3,99	103	4,24
	Ignorada	790	19,42	153	5,55	99	4,08
	Total	4.068	100,00	2.756	100,00	2.429	100,00
Santa Catarina							
	10 a 19 anos	273	17,12	174	14,72	199	18,36
	20 a 39 anos	807	50,60	690	58,38	717	66,14
	40 anos e +	70	4,39	48	4,06	52	4,80
	Ignorada	445	27,90	270	22,84	116	10,70
	Total	1.595	100,00	1.182	100,00	1.084	100,00
Mato Grosso do Sul							
	10 a 19 anos	200	19,27	248	28,18	189	24,84
	20 a 39 anos	499	48,07	575	65,34	530	69,65
	40 anos e +	20	1,93	22	2,50	24	3,15
	Ignorada	319	30,73	35	3,98	18	2,37
	Total	1.038	100,00	880	100,00	761	100,00
Espírito Santo							
	10 a 19 anos	178	13,38	167	16,42	115	14,54
	20 a 39 anos	574	43,16	536	52,70	493	62,33
	40 anos e +	24	1,80	25	2,46	20	2,53
	Ignorada	554	41,65	289	28,42	163	20,61
	Total	1.330	100,00	1.017	100,00	791	100,00

Rio Grande do Sul							
10 a 19 anos	501	15,92	451	18,75	343	17,83	
20 a 39 anos	1.577	50,11	1.457	60,58	1.299	67,52	
40 anos e +	110	3,50	116	4,82	82	4,26	
Ignorada	959	30,47	381	15,84	200	10,40	
Total	3.147	100,00	2.405	100,00	1.924	100,00	

Fonte: DATASUS/ 2012.

GRÁFICO 3 – Percentual das mães de 10 a 19 anos nos anos de 2000, 2005 e 2010, das oito Unidades da Federação com método direto para o cálculo da mortalidade infantil



Fonte: DATASUS/ 2012.

Estudos em meados da década de 2000 apontaram um declínio a partir do ano 2000 na fecundidade entre mulheres de 15 a 19 anos de idade no Brasil, sobretudo, nas regiões mais desenvolvidas. Segundo o relatório da PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde), a fecundidade em mulheres mais jovens (15 a 19 anos) passou a representar 17,7% da taxa total, em 2010, em contraste com 26% em 2006. Considera-se a partir disso uma revisão da tendência de rejuvenescimento observada no início dos anos 2000, fato que pode corroborar à diminuição do CMP pois, segundo AQUINO-CUNHA et. al, a prevalência de baixo peso ao nascer em mães adolescentes é duas vezes maior do que em mães adultas e o coeficiente de mortalidade neonatal é três vezes maior.

TABELA 4- Idade gestacional (semanas), em óbitos em idade perinatal, em oito UF/Brasil, 2000, 2005 e 2010.

UF	Idade gesta. (semanas)	2000	%	2005	%	2010	%
DF							
	< de 22	13	1,46	47	6,30	58	8,18
	22 a 27	179	20,11	195	26,14	225	31,73
	28 a 31	118	13,26	206	27,61	95	13,40
	32 a 36	189	21,24	147	19,71	153	21,58
	37 a 41	163	18,31	144	19,30	138	19,46
	42 e +	36	4,04	7	0,94	3	0,42
	Ignorada	192	21,57	95	12,73	37	5,22
	Total	890	100,00	746	100,00	709	100,00
São Paulo							
	< de 22	739	4,97	447	4,54	463	5,36
	22 a 27	2.948	19,81	2.486	25,23	2.320	26,87
	28 a 31	2.461	16,54	1.876	19,04	1.421	16,46
	32 a 36	3.436	23,09	2.058	20,89	2.030	23,51
	37 a 41	1.948	13,09	1.361	13,81	1.480	17,14
	42 e +	246	1,65	108	1,10	41	0,47
	Ignorada	3.103	20,85	1.516	15,39	880	10,19
	Total	14.881	100,00	9.852	100,00	8.635	100,00
Rio de Janeiro							
	< de 22	391	5,96	305	6,58	262	6,27
	22 a 27	1.454	22,18	1.131	24,40	1.022	24,46
	28 a 31	1.103	16,83	826	17,82	779	18,64
	32 a 36	1.559	23,78	1.010	21,79	1.051	25,15
	37 a 41	1.408	21,48	1.011	21,81	829	19,84
	42 e +	66	1,01	58	1,25	34	0,81
	Ignorada	574	8,76	294	6,34	199	4,76
	Total	6.555	100,00	4.635	100,00	4.179	100,00
Paraná							
	< de 22	72	1,77	71	2,58	108	4,45
	22 a 27	918	22,57	742	26,92	706	29,07
	28 a 31	575	14,13	420	15,24	391	16,10
	32 a 36	914	22,47	650	23,58	582	23,96
	37 a 4	866	21,29	713	25,87	577	23,75
	42 e +	78	1,92	33	1,20	10	0,41
	Ignorada	645	15,86	127	4,61	55	2,26
	Total	4.068	100,00	2.756	100,00	2.429	100,00
Santa Catarina							
	< de 22	47	2,95	37	3,13	38	3,51
	22 a 27	351	22,01	310	26,23	326	30,07
	28 a 31	224	14,04	163	13,79	175	16,14
	32 a 36	367	23,01	263	22,25	252	23,25

37 a 41	318	19,94	265	22,42	235	21,68
42 e +	40	2,51	20	1,69	7	0,65
Ignorada	248	15,55	124	10,49	51	4,70
Total	1.595	100,00	1.182	100,00	1.084	100,00

Mato Grosso do Sul

< de 22	37	3,56	61	6,93	38	4,99
22 a 27	187	18,02	210	23,86	184	24,18
28 a 31	148	14,26	131	14,89	126	16,56
32 a 36	186	17,92	197	22,3	206	27,07
37 a 41	175	16,86	239	27,16	185	24,31
42 e +	29	2,79	15	1,70	6	0,79
Ignorada	276	26,59	27	3,07	16	2,10
Total	1.038	100,00	880	100,00	761	100,00

Espírito Santo

< de 22	56	4,21	44	4,33	27	3,41
22 a 27	258	19,40	216	21,24	194	24,53
28 a 31	186	13,98	159	15,63	134	16,94
32 a 36	250	18,80	212	20,85	182	23,01
37 a 41	300	22,56	271	26,65	205	25,92
42 e +	41	3,08	16	1,57	8	1,01
Ignorada	239	17,97	102	10,03	41	5,18
Total	1.330	100,00	1.017	100,00	791	100,00

Rio Grande do Sul

< de 22	97	3,08	90	3,74	77	4,00
22 a 27	657	20,88	652	27,11	569	29,57
28 a 31	424	13,47	396	16,47	331	17,20
32 a 36	656	20,85	575	23,9	476	24,74
37 a 41	619	19,67	514	21,37	377	19,59
42 e +	74	2,35	34	1,41	25	1,30
Ignorada	620	19,70	144	5,99	69	3,59%
Total	3.147	100,00	2.405	100,00	1.924	100,00

Fonte: DATASUS/ 2012.

TABELA 5- Número absoluto e percentual de óbitos perinatais segundo tipo de parto em oito UF/Brasil, 2000, 2005 e 2010.

UF	Tipo de parto	2000	%	2005	%	2010	%
DF							
	Vaginal	517	58,09	431	57,77	401	56,56
	Cesário	196	22,02	213	28,55	226	31,88
	Ignorado	177	19,89	102	13,67	82	11,57
	Total	890	100,00	746	100,00	709	100,00
São Paulo							
	Vaginal	6.398	42,99	4.505	45,73	4.514	52,28
	Cesário	3.347	22,49	2.588	26,27	2.810	32,54
	Ignorado	5.136	34,51	2.759	28,00	1.311	15,18
	Total	14.881	100,00	9.852	100,00	8.635	100,00
Rio de Janeiro							
	Vaginal	4.150	63,31	2.831	61,08	2.432	58,24
	Cesário	1.943	29,64	1.557	33,59	1.582	37,88
	Ignorado	463	7,06	247	5,33%	162	3,88
	Total	6.555	100,00	4.635	100,00	4.176	100,00
Paraná							
	Vaginal	2.365	58,14	1.644	59,65	1.371	56,44
	Cesário	1.132	27,83	981	35,60	991	40,80
	Ignorado	571	14,04	131	4,75	67	2,76
	Total	4.068	100,00	2.756	100,00	2.429	100,00
Santa Catarina							
	Vaginal	881	55,24	627	53,05	588	54,24
	Cesário	469	29,40	432	36,55	447	41,24
	Ignorado	245	15,36	123	10,41	49	4,52
	Total	1.595	100,00	1.182	100,00	1.084	100,00
Mato Grosso do Sul							
	Vaginal	522	50,29	531	60,34	419	55,06
	Cesário	243	23,41	321	36,48	332	43,63
	Ignorado	273	26,30	28	3,18	10	1,31
	Total	1.038	100,00	880	100,00	761	100,00
Espírito Santo							
	Vaginal	768	57,74	586	57,62	433	54,74
	Cesário	346	26,02	335	32,94	313	39,57
	Ignorado	216	16,24	96	9,44	45	5,69
	Total	1.330	100,00	1.017	100,00	791	100,00
Rio Grande do Sul							
	Vaginal	1.636	51,99	1.397	58,09	1.132	58,84
	Cesário	796	25,29	864	35,93	744	38,67
	Ignorado	715	22,72	144	5,99	48	2,49
	Total	3.147	100,00	2.405	100,00	1.924	100,00

Fonte: DATASUS/
2012.

Tabela 6 – Número absoluto e percentual de óbitos perinatais, segundo escolaridade (anos de estudo) das mães, em oito UF/Brasil, 2000, 2005 e 2010.

	2000	%	2005	%	2010	%
DF						
Nenhuma	55	6,18	38	5,09	41	5,78
1 a 7 anos	312	35,06	229	30,70	178	25,11
8 a 11 anos	159	17,87	182	24,40	206	29,06
12 anos ou +	72	8,09	83	11,13	114	16,08
Ignorado	292	32,81	214	28,69	170	23,98
Total	890	100,00	746	100,00	709	100,00
São Paulo						
Nenhuma	555	1,90	292	2,96	205	2,37
1 a 7 anos	3271	11,23	1869	18,97	1705	19,75
8 a 11 anos	1576	5,41	1799	18,26	2838	32,87
12 anos ou +	8852	30,38	674	6,84	935	10,83
Ignorado	14881	51,08	5218	52,96	2952	34,19
Total	29135	100,00	9852	100,00	8635	100,00
Rio de Janeiro						
Nenhuma	325	4,96	233	5,03	261	6,25
1 a 7 anos	2424	36,98	1687	36,40	1203	28,81
8 a 11 anos	1144	17,45	1119	24,14	1204	28,83
12 anos ou +	427	6,51	448	9,67	484	11,59
Ignorado	2235	34,10	1148	24,77	1024	24,52
Total	6555	100,00	4635	100,00	4176	100,00
Paraná						
Nenhuma	345	8,48	126	4,57	57	2,35
1 a 7 anos	1777	43,68	1181	42,85	826	34,01
8 a 11 anos	655	16,10	864	31,35	973	40,06
12 anos ou +	261	6,42	281	10,20	367	15,11
Ignorado	1030	25,32	304	11,03	206	8,48
Total	4068	100,00	2756	100,00	2429	100,00
Santa Catarina						
Nenhuma	149	9,34	78	6,60	40	3,69
1 a 7 anos	580	36,36	357	30,20	315	29,06
8 a 11 anos	230	14,42	254	21,49	377	34,78
12 anos ou +	62	3,89	86	7,28	133	12,27
Ignorado	574	35,99	407	34,43	219	20,20
Total	1595	100,00	1182	100,00	1084	100,00
Mato Grosso do Sul						
Nenhuma	88	8,48	78	8,86	54	7,10
1 a 7 anos	337	32,47	423	48,07	340	44,68
8 a 11 anos	106	10,21	245	27,84	232	30,49
12 anos ou +	48	4,62	58	6,59	77	10,12
Ignorado	459	44,22	76	8,64	58	7,62
Total	1038	100,00	880	100,00	761	100,00

Espírito Santo

Nenhuma	82	6,17	59	5,80	19	2,40
1 a 7 anos	354	26,62	277	27,24	202	25,54
8 a 11 anos	124	9,32	193	18,98	247	31,23
12 anos ou +	31	2,33	66	6,49	76	9,61
Ignorado	739	55,56	422	41,49	247	31,23
Total	1330	100,00	1017	100,00	791	100,00

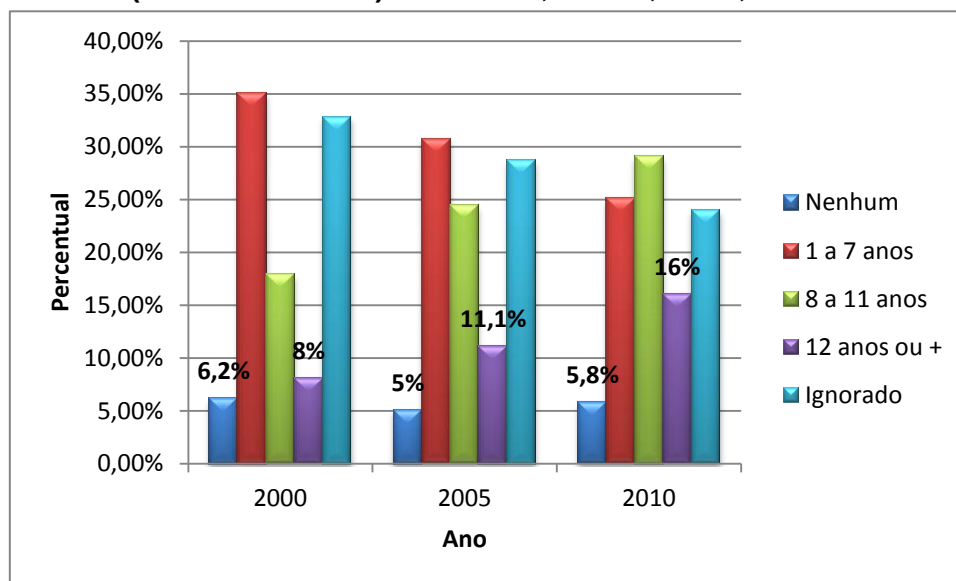
Rio Grande do Sul

Nenhuma	213	6,77	97	4,74	86	4,47
1 a 7 anos	1025	32,57	817	39,95	564	29,31
8 a 11 anos	353	11,22	517	25,28	590	30,67
12 anos ou +	143	4,54	212	10,37	214	11,12
Ignorado	1413	44,90	762	37,26	470	24,43
Total	3147	100,00	2045	100,00	1924	100,00

Fonte: DATASUS/

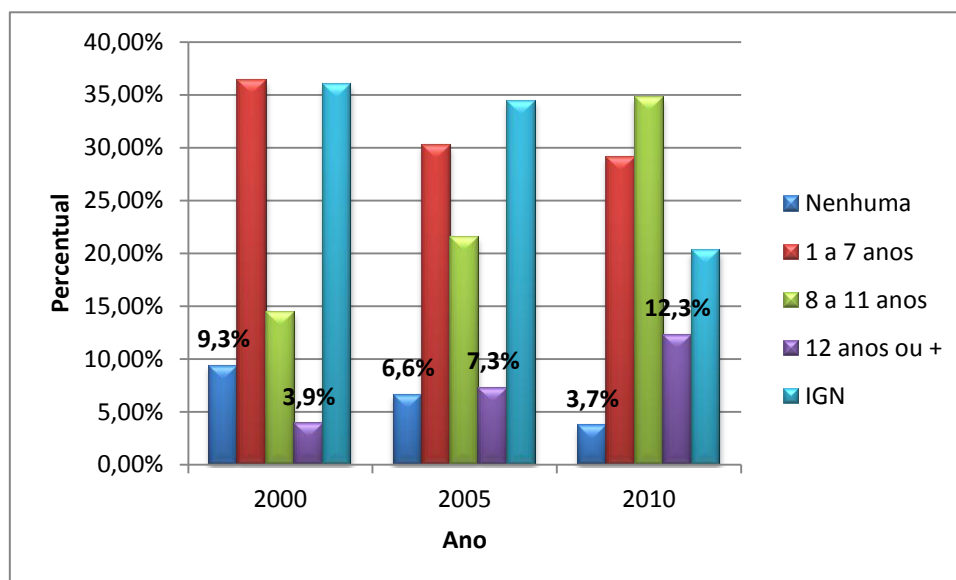
2012.

GRÁFICO 4 - Número absoluto e percentual de óbitos perinatais, segundo escolaridade (anos de estudo) das mães, no DF, 2000, 2005 e 2010



Fonte: DATASUS/ 2012.

GRÁFICO 5 – Número absoluto e percentual de óbitos perinatais, segundo escolaridade (anos de estudo) das mães, em Santa Catarina, 2000, 2005 e 2010



Fonte: DATASUS/ 2012.

O Distrito Federal a despeito da queda no número de nascimentos no decorrer da década de 2000, apresentou aumento relativo igual a 2,18% na escolaridade materna referida de 1 a 11 anos, em relação aos primeiros cinco anos da década de 2000. No período entre 2005 e 2010, esse aumento foi

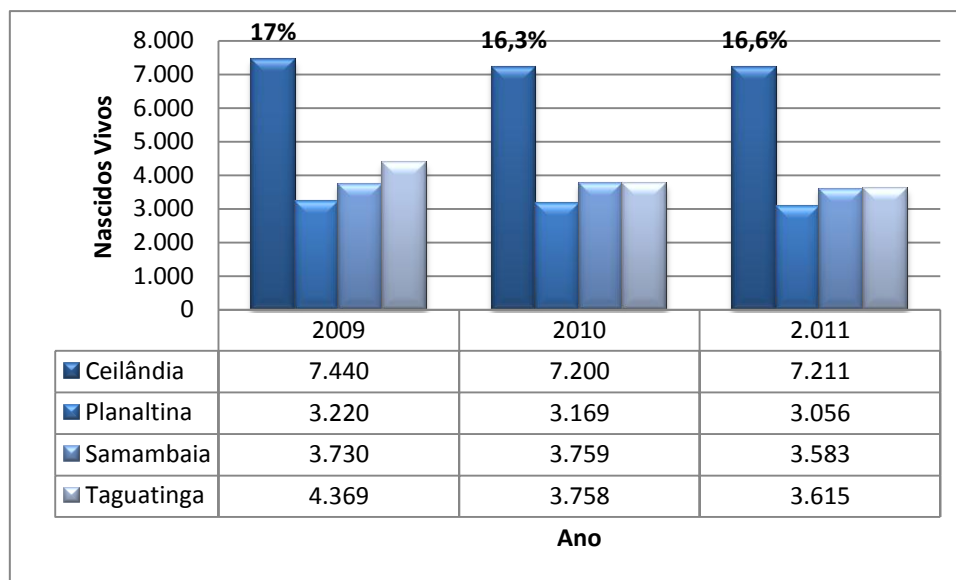
ainda menor passando para 0,92%. A média no decorrer da década foi de aumento em 1,25% da escolaridade das mães de óbitos perinatais. Este movimento demonstra pouca melhora no nível de instrução das mães no DF, no que diz respeito aos 11 primeiros anos escolares (ensino fundamental e médio). Embora se tenha notado um aumento no nível de instrução geral materno na mortalidade infantil, os baixos números referentes à mortalidade perinatal podem ser atribuídos à precocidade materna em que são concebidos, relacionando-se também ao risco advindo desta, tida como idade de risco ao parto.

Entretanto, pôde-se observar que a instrução relativa a 12 anos ou mais teve grande alta, de aproximadamente 8% no decorrer da década, provando que, apesar de ser o segundo menor número de prevalência entre mães de óbitos perinatais, a exemplo disso 16,07% das mães em 2010 tiveram iniciado o 3º grau de escolaridade, permitindo levantar a hipótese que houve uma demanda planejada para o desfecho contrário ao óbito e que possivelmente, excluindo os casos de má-formação congênita, tinha potencial evitável e assim poderia ser, caso assistência e acesso prestados fossem adequados às necessidades observadas.

Por outro lado podemos perceber que em Santa Catarina o aumento relativo da década correspondeu a 13,05% em relação à idade escolar de 1 a 11 anos. A proporção de mães com 12 anos ou mais aumentou relativamente 8,38% ao longo da década. Apesar de ser o estado com menor CMP do Brasil, Santa Catarina ainda demonstra um aumento geral maior de escolaridade das mães em relação ao DF e demais estados.

2- Mortalidade infantil e perinatal no DF e nas quatro Regiões Administrativas mais populosas do DF, durante anos de 2009 a 2011

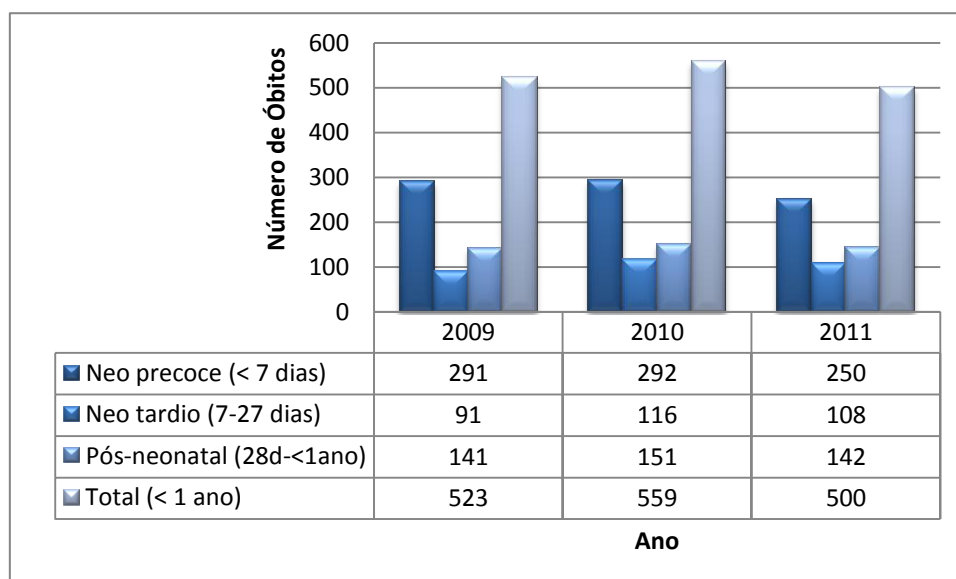
GRÁFICO 6 – Número de nascidos vivos nas quatro RAS do - DF, 2009 a 2011*



Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

* 2011: dados provisórios (sujeitos a alteração).

GRÁFICO 7 – Número de óbitos infantis (< 1 ano) por idade, no DF, no período de 2009 a 2011.

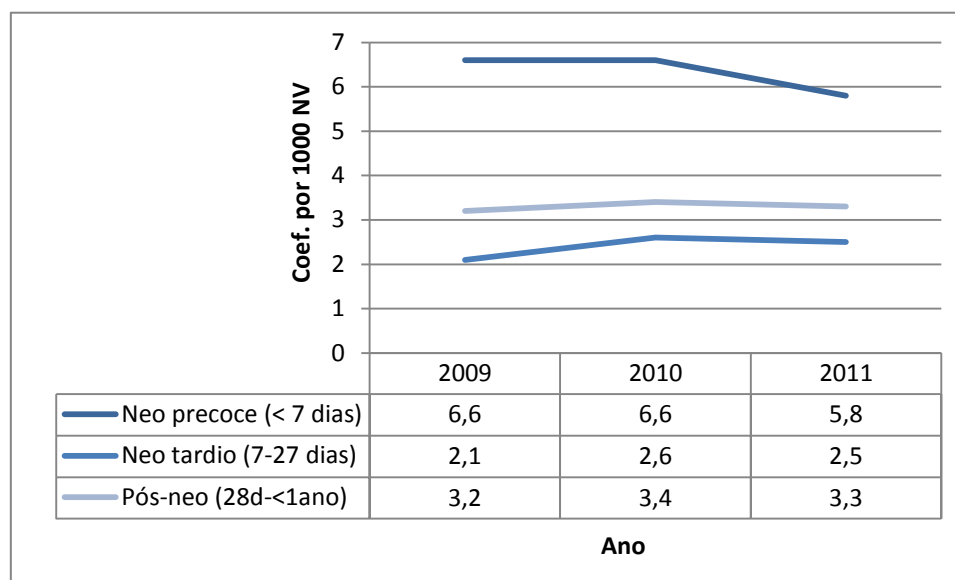


Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

Nota-se nos períodos acima apresentados maior ocorrência de óbitos neonatais precoces em relação aos demais períodos de ocorrência de óbitos infantis. Em 2009 mais de 55% destes ocorreram em faixa etária neonatal precoce, enquanto que óbitos neonatais tardios somaram 17,4% e pós neonatais 26,95%. No ano de 2010 o percentual de óbitos neonatais precoces decresceu ligeiramente em relação a 2009, sendo igual a 52,23% dos óbitos infantis em 2010. Neste mesmo ano neonatais tardios equivaleram a 20,75% e pós neonatais somaram 27,01% do total de 559 óbitos infantis durante 2010. Em 2011 novamente houve uma queda no percentual de óbitos neonatais precoces igual a 2,23%, ou seja, o total de óbitos neonatais precoces em 2011 foi exatamente igual a 50% dos óbitos infantis neste ano. Óbitos neonatais tardios equivaleram a 21,6% do total e pós-neonatais 28,4%.

Ao longo dos três anos mencionados, observa-se um pequeno decréscimo igual a 4,6% no total de óbitos menores de 1 ano.

GRÁFICO 8 – Coeficiente de mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal) – DF, de 2009 a 2011*



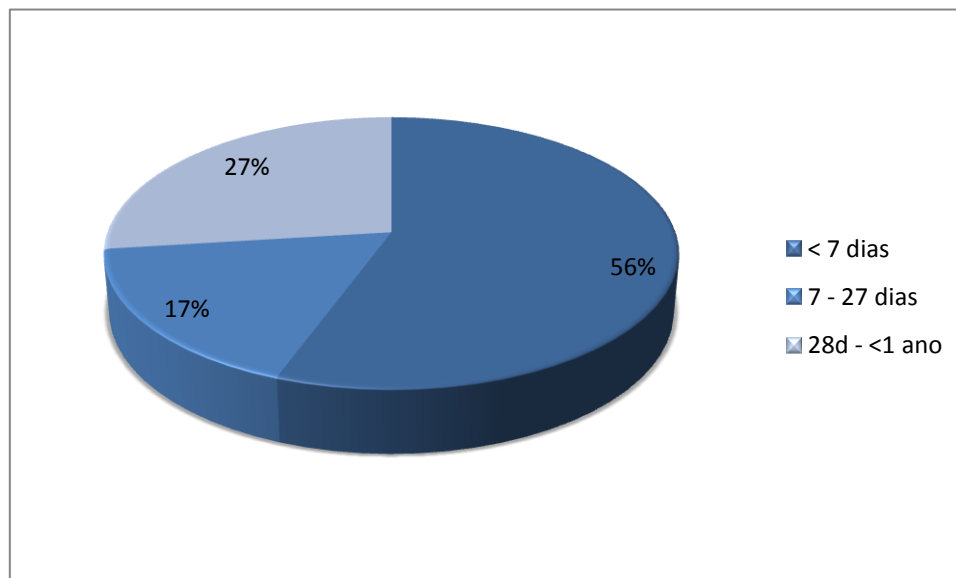
Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

* 2011: dados provisórios (sujeitos a alteração).

Os coeficientes de mortalidade infantil do DF foram em 2009, 2010 e 2011, respectivamente de 11,9; 12,6; 11,5. De modo geral houve um pequeno decréscimo equivalente a 0,4 do coeficiente de mortalidade infantil no DF no

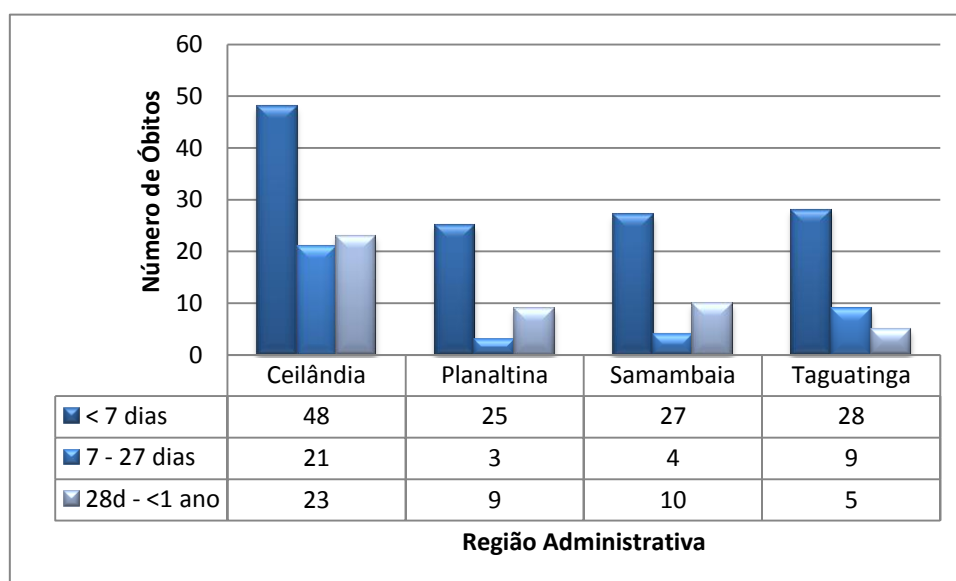
decorrer dos três anos estudados. Óbitos neonatais precoces no período estudado estiveram acima dos 50% do total de óbitos infantis, enquanto que óbitos neonatais tardios variaram percentualmente entre 17% e 21% do total de óbitos infantis em 2009, 2010 e 2011 e óbitos pós-neonatais, nos três anos acima mencionados, oscilaram entre 26% e 28% do total de óbitos infantis.

GRÁFICO 9 – Percentual de óbitos infantis segundo idade no DF em 2009



Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

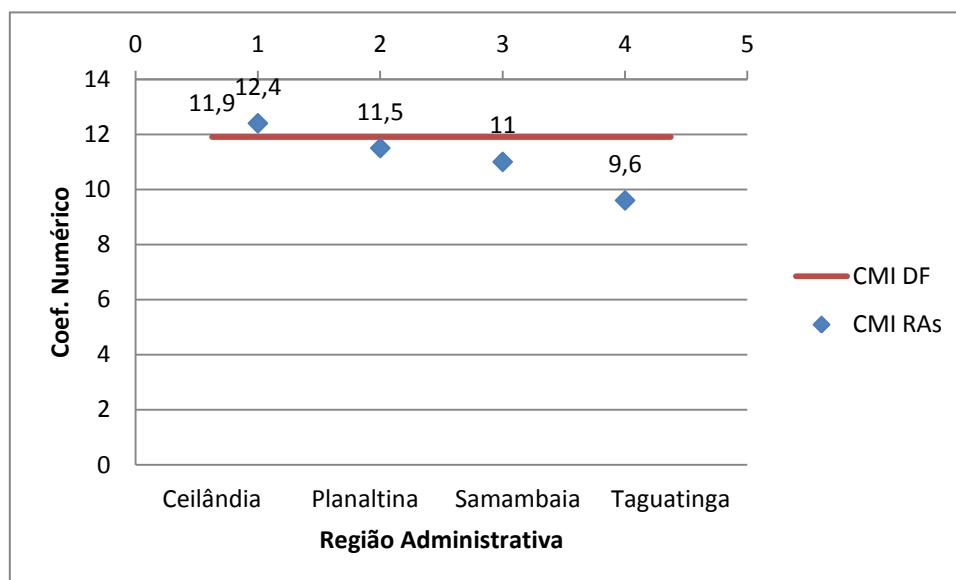
GRÁFICO 10 – Número de óbitos infantis segundo idade nas quatro Regiões Administrativas - 2009



Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

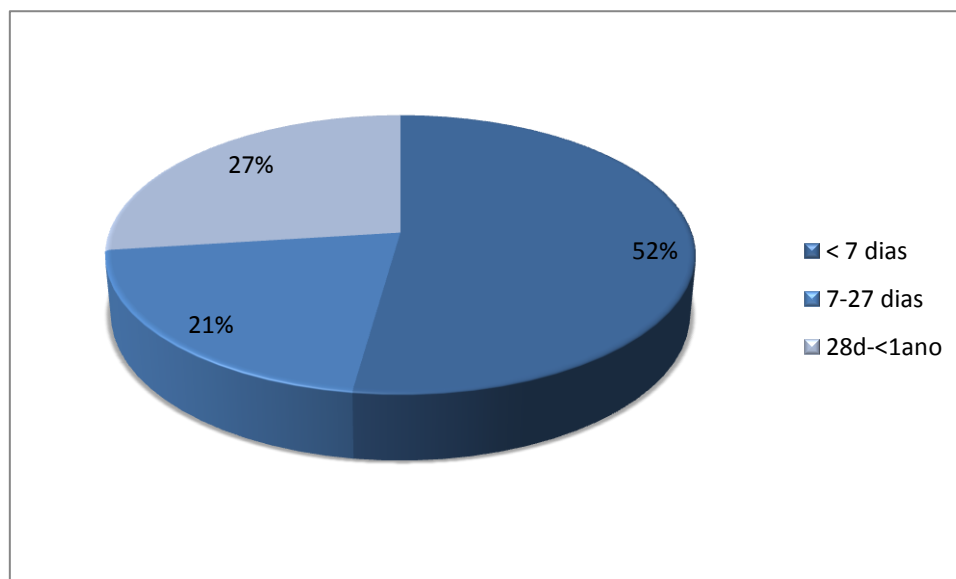
Em 2009, Ceilândia já possuía os maiores números de óbitos infantis do DF, 17,6%. Os óbitos em idade neonatal, que representam boa parte dos óbitos perinatais, foram equivalentes a 16,5% do total de óbitos nessa idade durante o ano de 2009. É importante ressaltar que até o ano de 2009, Planaltina detinha os menores números de óbitos infantis entre as quatro maiores regionais acima citadas, com 7,07% do total de óbitos, sendo que no ano seguinte Taguatinga passou a dominar os mais baixos percentuais e coeficientes de mortalidade infantil até 2011.

GRÁFICO 11 – Coeficiente de mortalidade infantil nas quatro Regiões Administrativas e DF, 2009

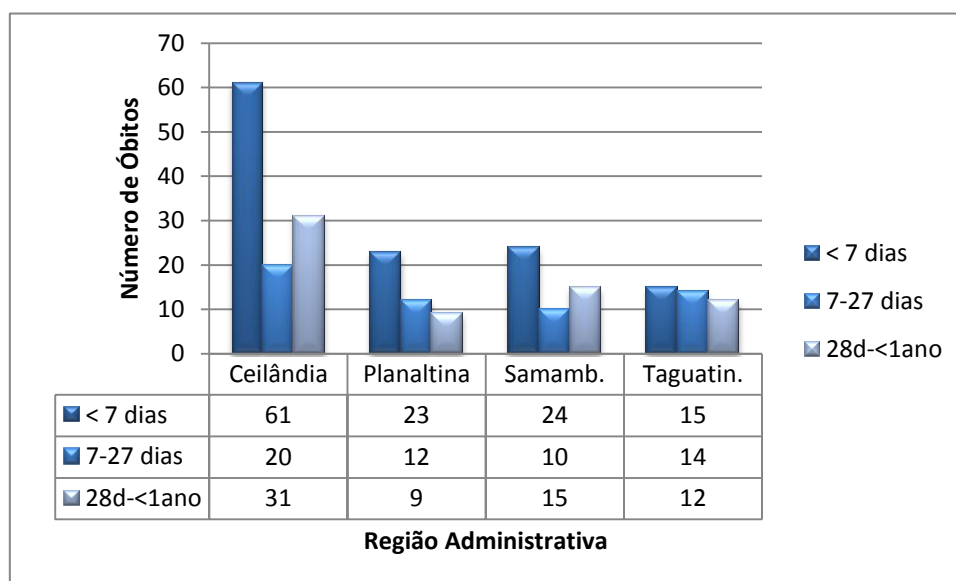


Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

Em 2009, o CMI do DF foi igual a 11,9/ 1.000 NV. Durante esse ano Ceilândia foi a única região administrativa dentre as quatro examinadas que deteve maior CMI do que todas as demais e do que o DF. Ceilândia passava pelo processo de implementação do comitê de vigilância ao óbito tendo importante ascensão a partir daí. O gráfico 18 mostra que havia desde 2007 tendência de queda observada, mas a partir de 2009 o CMI de Ceilândia passou a crescer, primeiro até 15,6/ 1.000 NV no ano seguinte e para 16,5/ 1.000 NV em 2011.

GRÁFICO 12 – Percentual de óbitos infantis por idade no DF - 2010

Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVPEP/SVS/SES_DF.

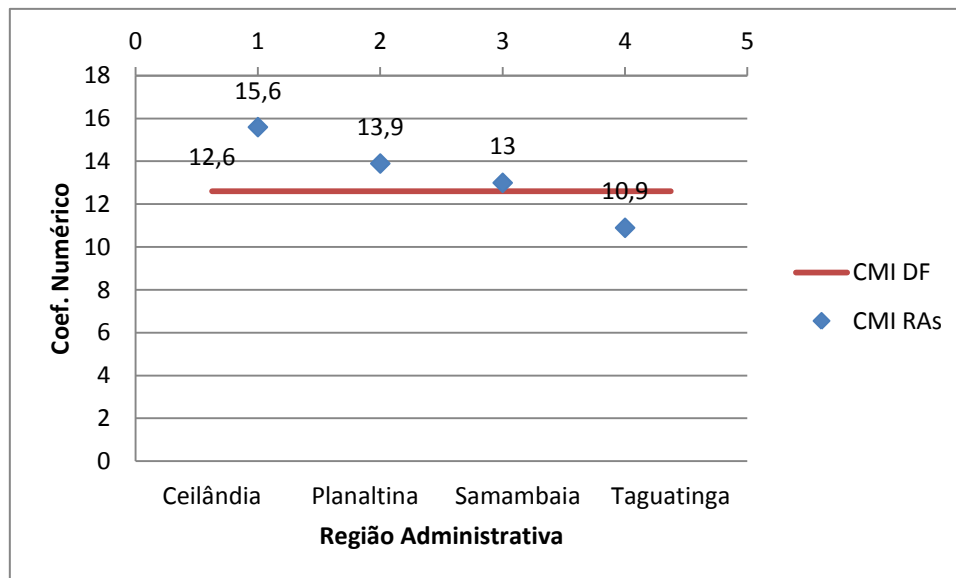
GRÁFICO 13 – Óbitos em idade neonatal e pós neonatal nas quatro Regiões Administrativas mais populosas do DF- 2010

Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVPEP/SVS/SES_DF.

Observa-se que em 2010, Ceilândia apresentou o maior quantitativo de óbitos infantis do que todas as Regionais de Saúde do DF estudadas. Ressalta-se também a importância dos óbitos neonatais em Ceilândia, componentes da mortalidade perinatal que somaram nesse ano

aproximadamente 21% do total em todo o DF.

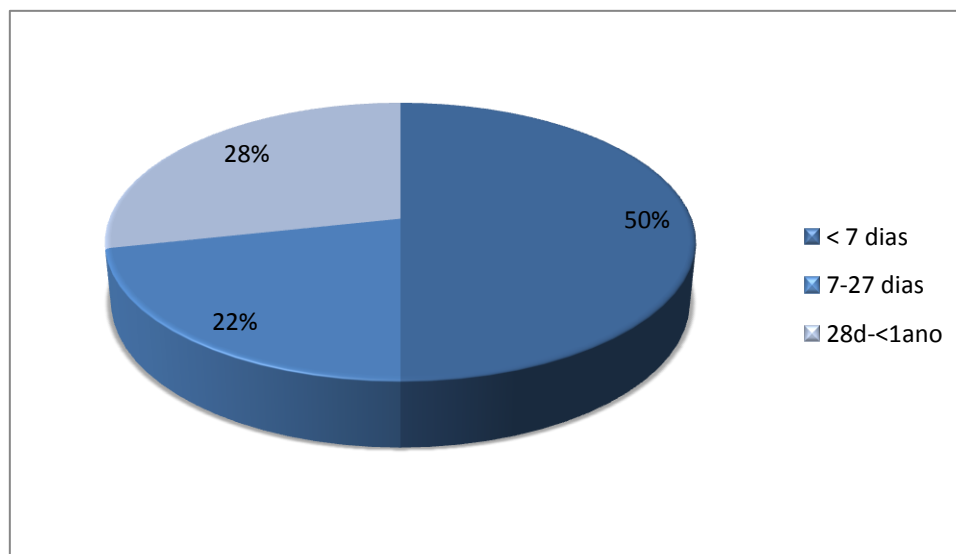
GRÁFICO 14 – Coeficiente de mortalidade infantil nas quatro Regiões Administrativas e DF, 2010



Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

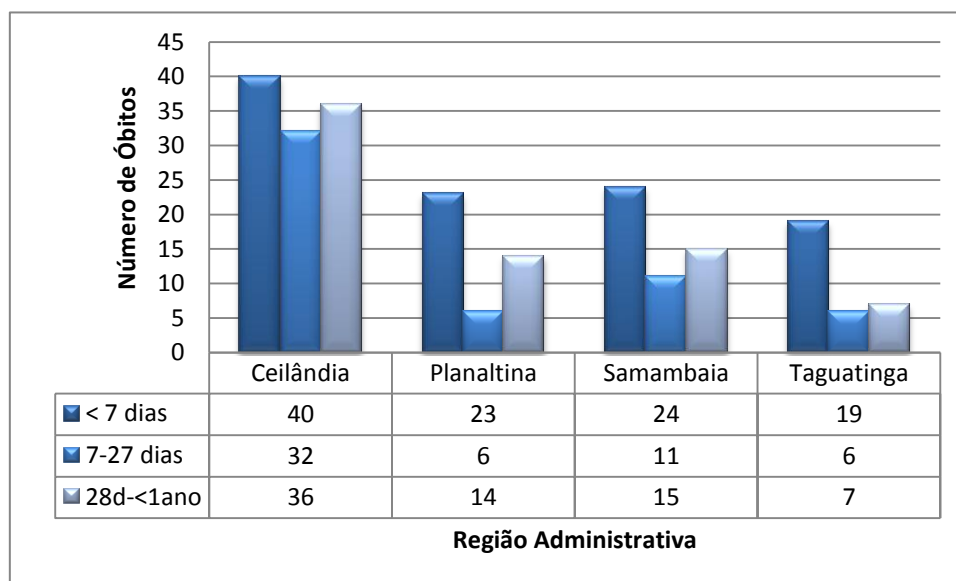
Apesar da tendência decrescente do CMI nas regionais do DF estudadas, Ceilândia teve um movimento importante de ascensão em 2010 igual a 3,2. Houve um aumento de 0,7 no CMI do DF comparando 2009 com 2010, que foi de 11,9 em 2009 e passou para 12,6 em 2010.

GRÁFICO 15 – Percentual de óbitos infantis por idade no DF - 2011



Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

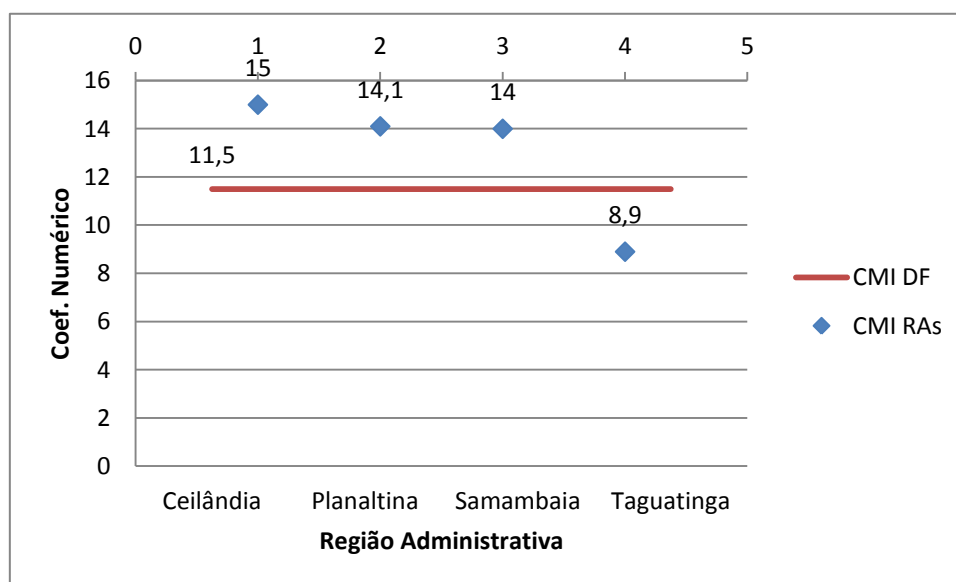
GRÁFICO 13 – Óbitos em idade neonatal e pós neonatal nas quatro Regiões Administrativas mais populosas do DF- 2011*



Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

* 2011: dados provisórios (sujeitos a alteração).

GRÁFICO 11 – Coeficiente de mortalidade infantil nas quatro Regiões Administrativas e DF, 2011*

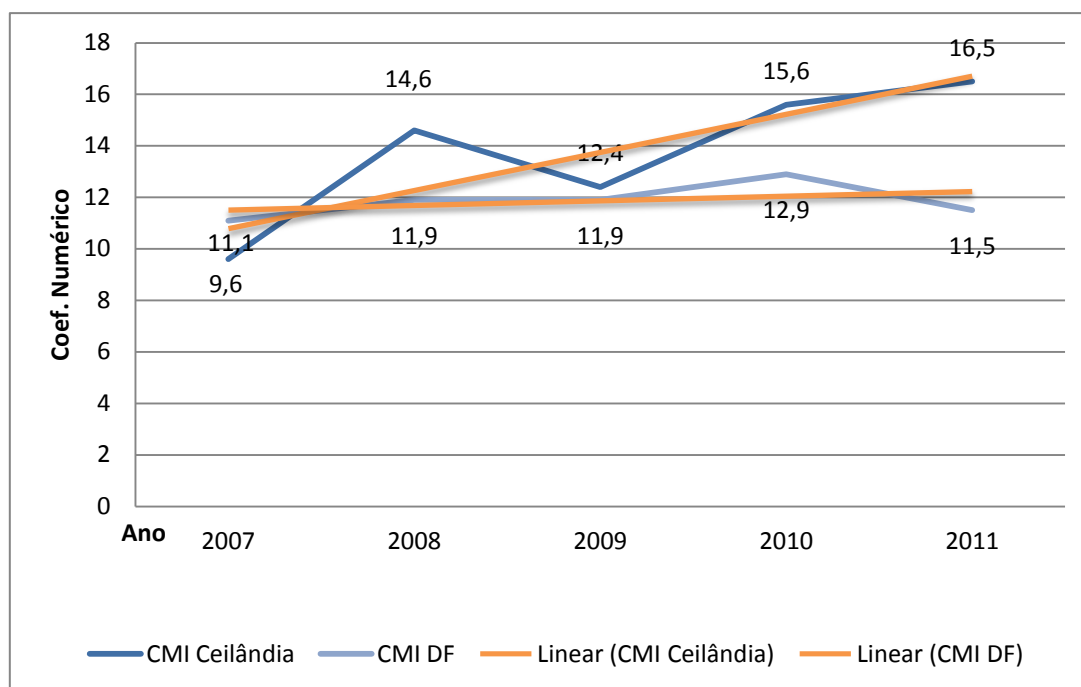


Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

* 2011: dados provisórios (sujeitos a alteração).

Ceilândia confirma ter os maiores coeficientes de mortalidade infantil durante os três anos apresentados, apesar de tê-lo diminuído em 0,6 ainda é grande a diferença para o DF (3,5), que teve CMI igual a 11,5 em 2011, e para Taguatinga, que deteve o menor CMI entre as RAs apresentadas (8,9).

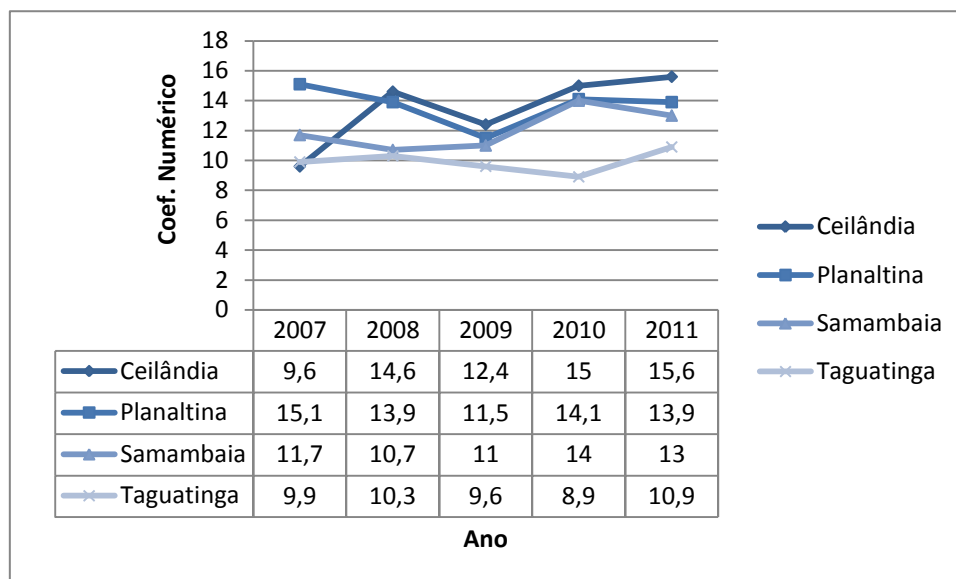
GRÁFICO 18 – CMI de Ceilândia e do DF – 2007 A 2011*



Fonte: SIM e SINASC – Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

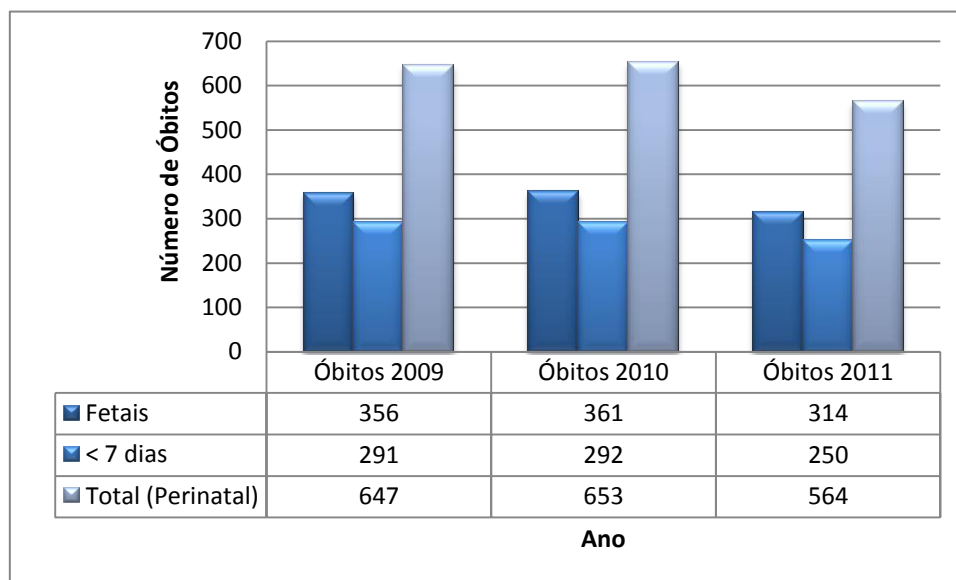
* 2011: dados provisórios (sujeitos a alteração).

Na cor laranja foi traçada a tendência linear de Ceilândia e do DF. O CMI de Ceilândia teve crescimento de 2007 a 2011 igual a 5,7. Em relação ao DF infere-se que a aparente estabilidade dos anos de 2007 a 2009 pode ser atribuída ao maior número de baixa notificação e falhas nas fichas de preenchimento, o que não é prática superada nos dias de hoje, em 2011. O movimento contrário das demais regionais reafirma o decréscimo do CMI no DF e se contrapõe ao aumento maior visto desde 2008 de Ceilândia.

GRÁFICO 19 – CMI em Ceilândia e nas quatro RAS – 2007 a 2011*

Fonte: SIM e SINASC – Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

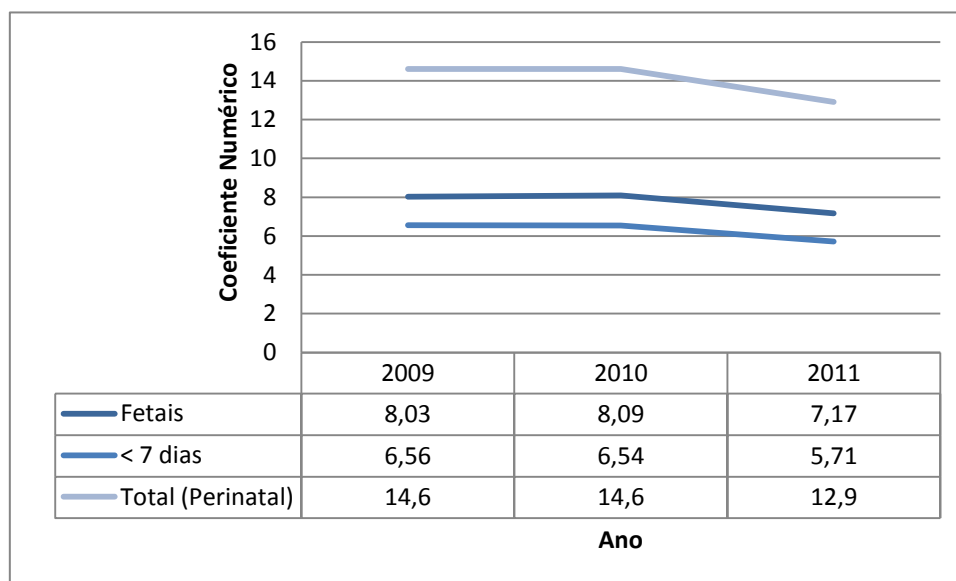
* 2011: dados provisórios (sujeitos a alteração).

GRÁFICO 20 – MORTALIDADE PERINATAL POR ANO – DF, 2009 A 2011*

Fonte: SIM e SINASC – Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

* 2011: dados provisórios (sujeitos a alteração)

GRÁFICO 21 – Mortalidade perinatal segundo componente – DF, de 2009 a 2011*

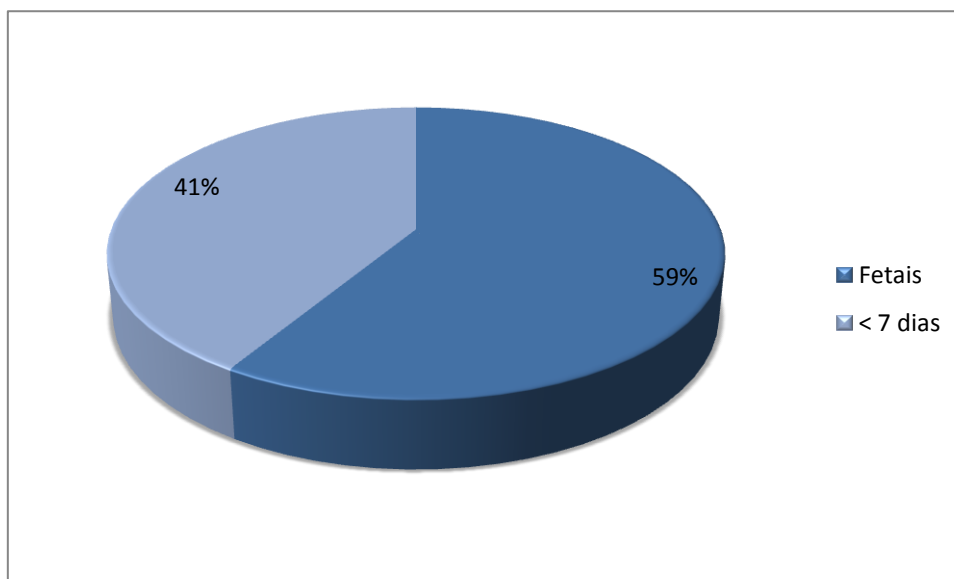


Fonte: SIM e SINASC – Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

* 2011: dados provisórios (sujeitos a alteração).

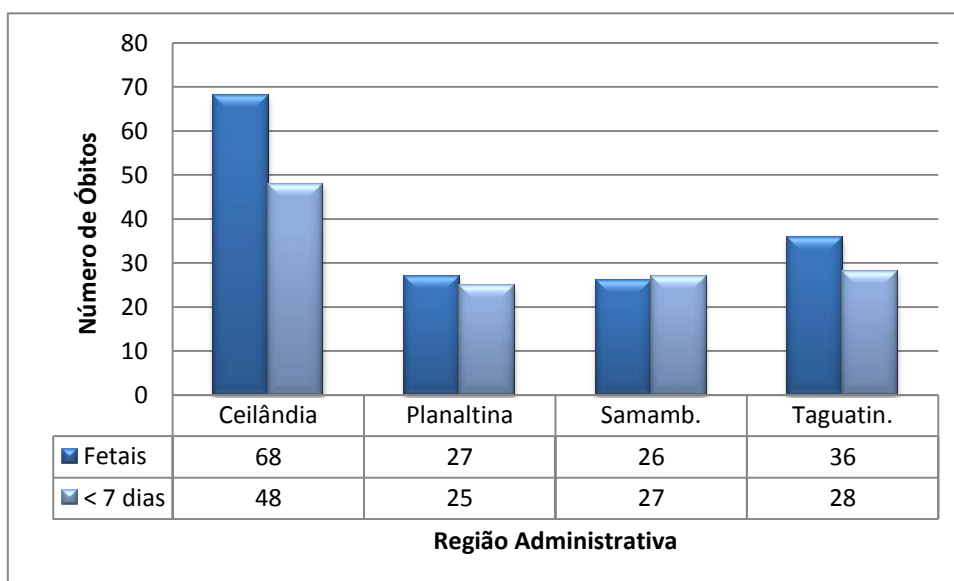
Percebe-se o importante declínio no coeficiente de mortalidade perinatal durante 2009 a 2011. Sobremaneira nos óbitos fetais, excluindo-se os óbitos inevitáveis do período gestacional ocasionados por má formação congênita, a queda brusca de 2010 a 2011 pode ser atribuída a intervenções que envolvem o planejamento familiar e diminuição do número de concepções de 2011 para 2010 (vide gráfico 5), ou ainda que a assistência ao pré-natal tem melhorado substancialmente com o aumento de profissionais da estratégia de saúde da família e capacitação dos mesmos.

GRÁFICO 22 – Percentual de óbitos perinatais no DF - 2009



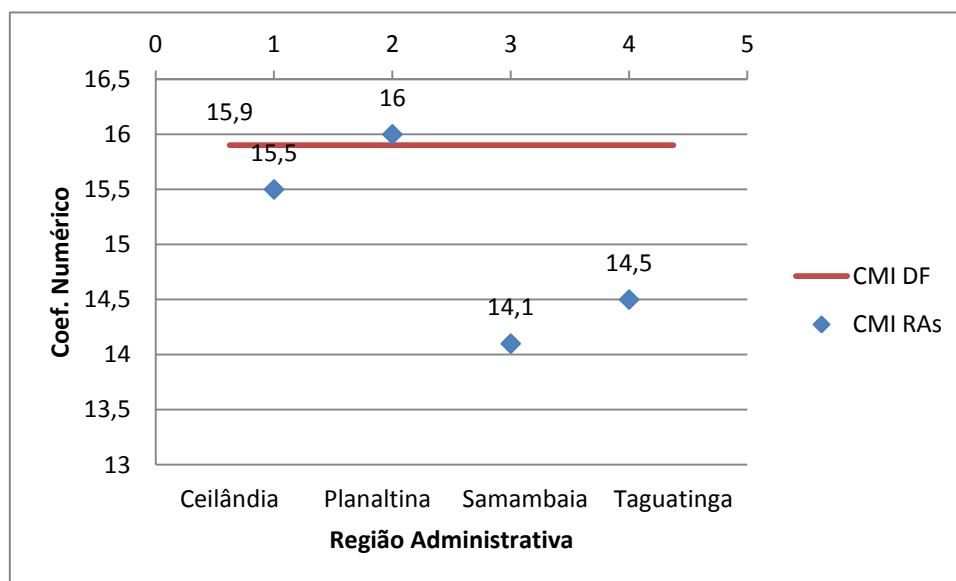
Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

GRÁFICO 23 – Número de óbitos perinatais segundo idade nas Regiões Administrativas mais populosas do DF – 2009



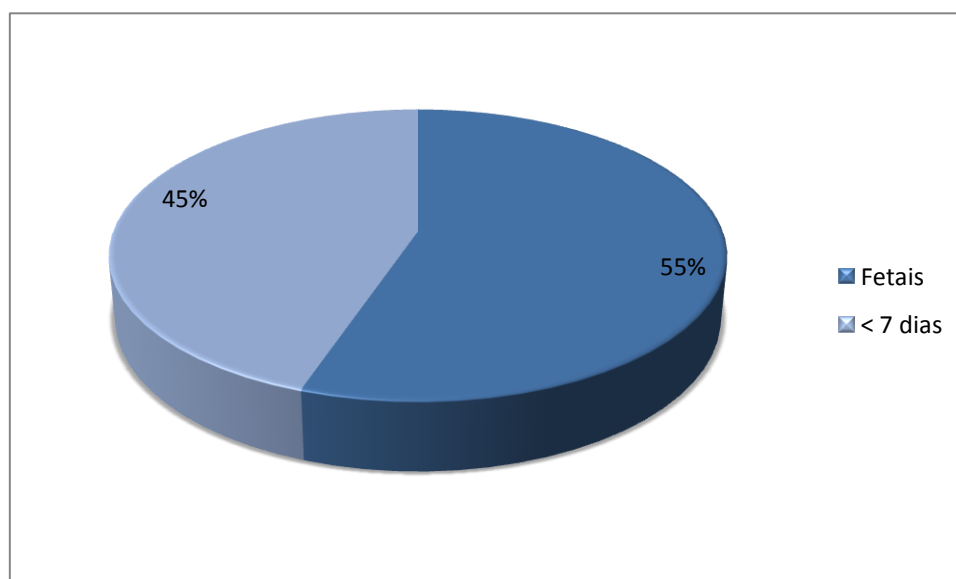
Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

GRÁFICO 24 – Coeficiente de mortalidade perinatal nas quatro Regiões Administrativas e DF, 2009



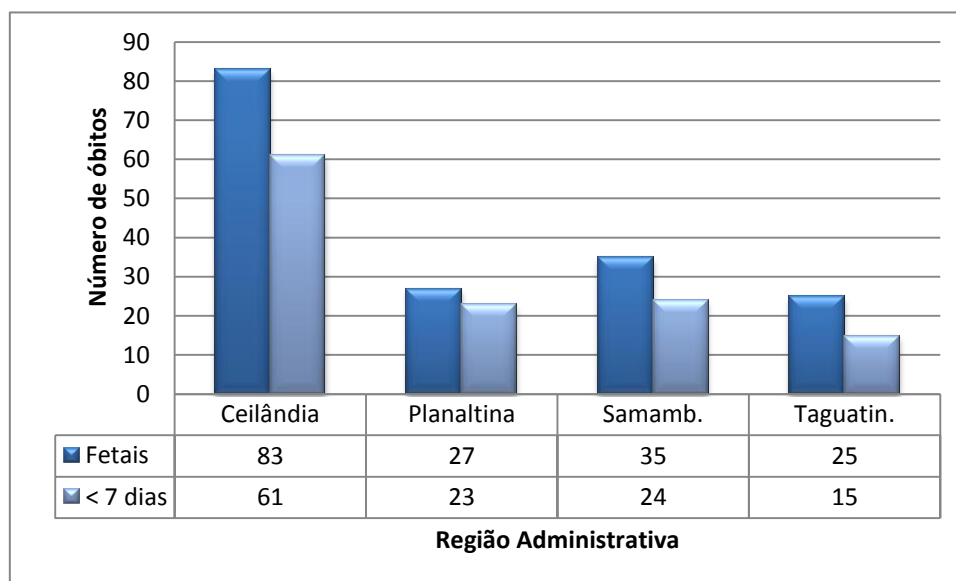
Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

GRÁFICO 25 – Percentual de óbitos perinatais no DF - 2010



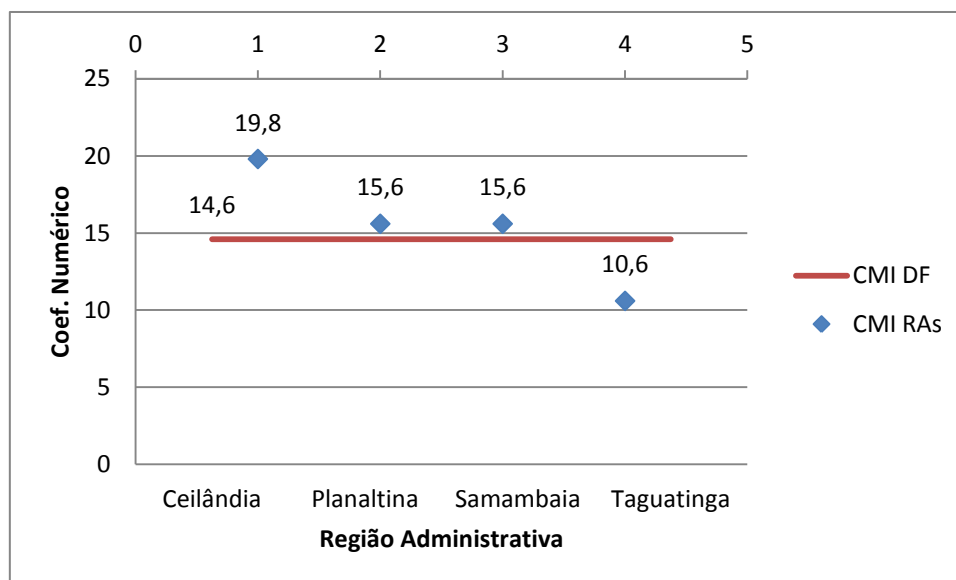
Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

GRÁFICO 26 – Número de óbitos perinatais segundo idade nas Regiões Administrativas mais populosas do DF – 2010

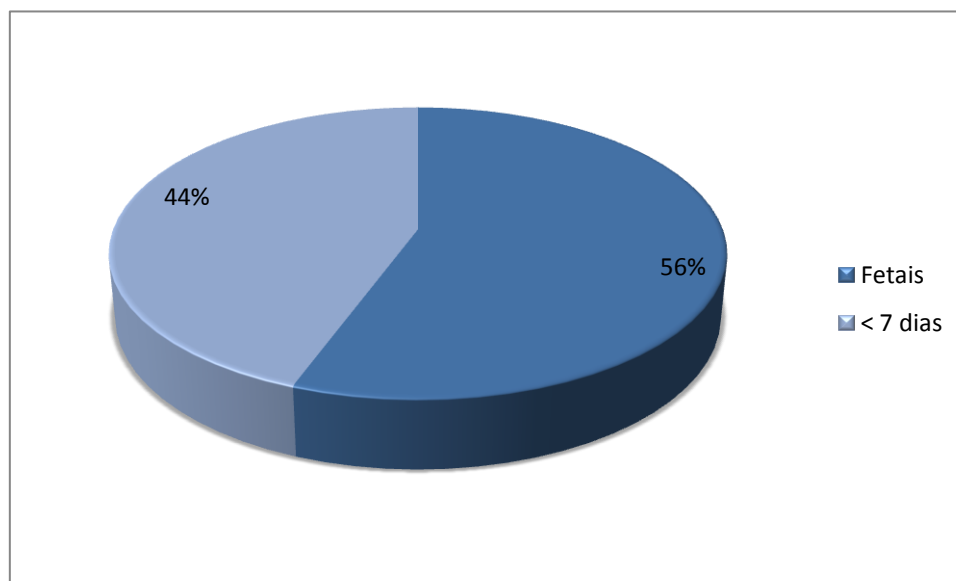


Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVPEP/SVS/SES_DF.

GRÁFICO 27 – Coeficiente de mortalidade perinatal nas quatro Regiões Administrativas e DF, 2010

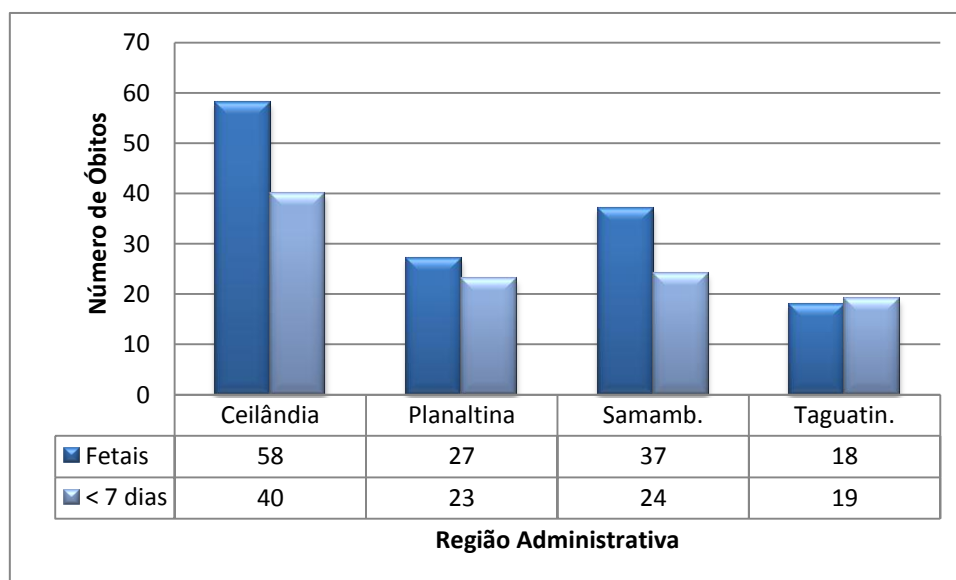


Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVPEP/SVS/SES_DF.

GRÁFICO 28 – Percentual de óbitos perinatais – 2011*

Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

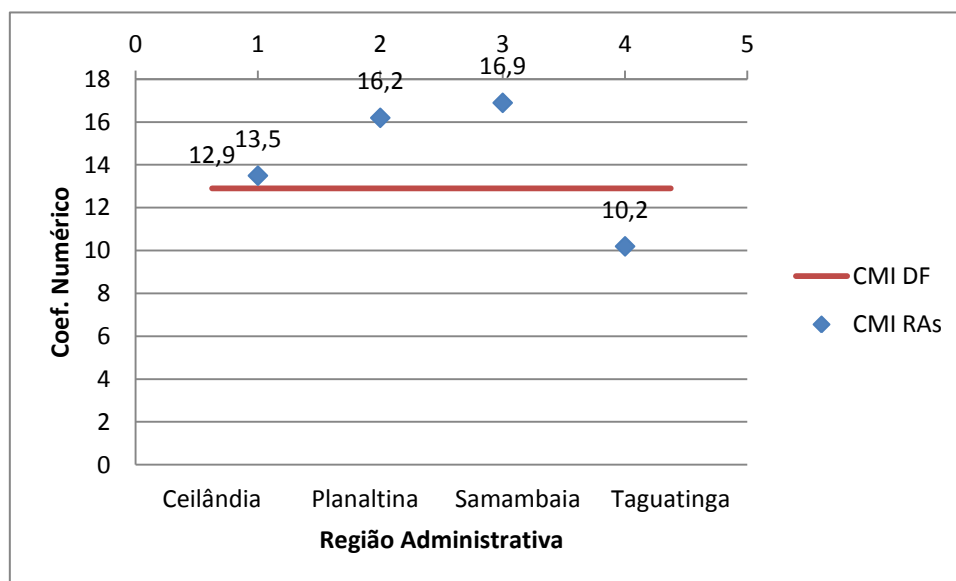
* 2011: dados provisórios (sujeitos a alteração).

GRÁFICO 29 – Número de óbitos perinatais nas quatro Regiões Administrativas – 2011*

Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

* 2011: dados provisórios (sujeitos a alteração).

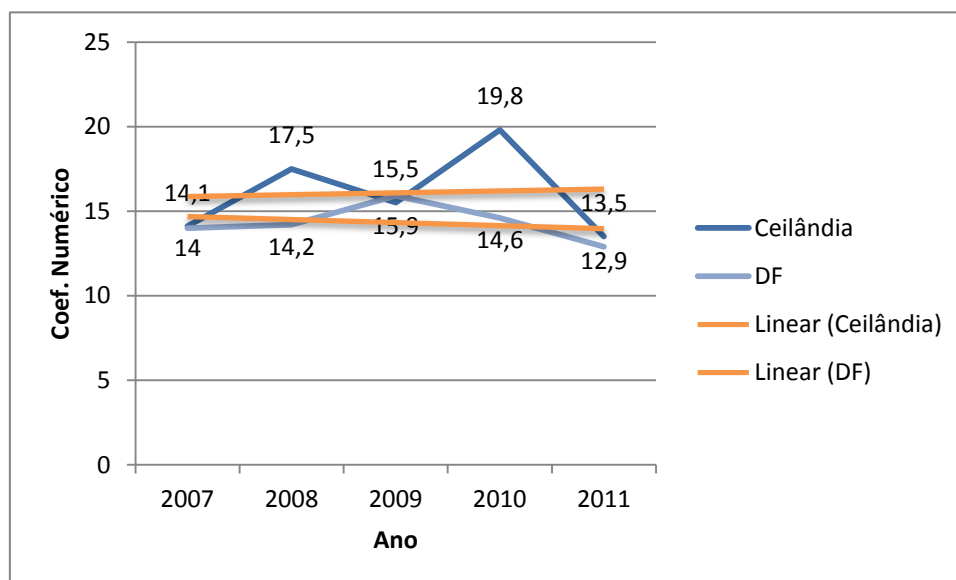
GRÁFICO 30 – Coeficiente de mortalidade perinatal nas quatro Regiões Administrativas e DF, 2011*



Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

* 2011: dados provisórios (sujeitos a alteração).

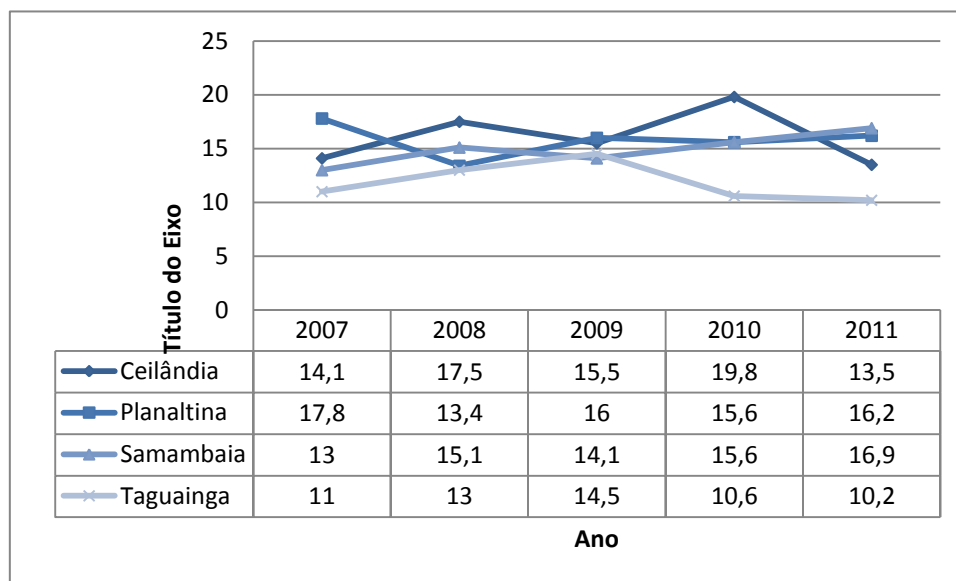
GRÁFICO 31 –CMP de Ceilândia X DF – 2007 a 2011*



Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF.

* 2011: dados provisórios (sujeitos a alteração).

GRÁFICO 32 –CMP das quatro RAs mais populosas do DF – 2007 A 2011*



Fonte: SIM e SINASC - Giass/DIVEP/SVS/SES_DF

* 2011: dados provisórios (sujeitos a alteração)

7. DISCUSSÃO

O acesso irrestrito aos serviços de saúde é um dos principais desafios para redução da mortalidade perinatal, com garantia de acolhida imediata da gestante em trabalho de parto e do cuidado prestado durante o parto, assegurando a qualidade mínima da rede assistencial hospitalar, o que envolve estrutura do atendimento designado à gestante e ao recém-nascido (RN) durante complicações que eventualmente podem ocorrer durante o nascimento, no que tange a equipamentos, insumos e profissionais capacitados para prestar atendimento requerido nas urgências neonatais e maternas (Lansky et al, 2002).

Importante é ressaltar que a ampliação e qualificação de unidades de terapia intensiva ao RN e a parturiente não se dê de forma isolada, mas em conjunto a unidades de cuidados intermediários. Nas oito unidades da federação estudadas mais de 22% dos óbitos infantis nasceram peso menor que 1000/g, sendo que no DF aproximadamente 40% dos óbitos infantis não tinham mais do que 999/g ao nascer. De forma detalhada no DF a estrita relação entre baixo peso e natalidade revela que nas quatro RAs escolhidas, mais de 9% dos nascimentos totais estiveram abaixo de 1000/g. Permitindo maior integração entre as esferas de complexidade, o planejamento das ações de saúde para a redução da mortalidade perinatal no país traria resultados mais favoráveis a gestante e ao RN.

Victoria afirma que os serviços de saúde que atendem as demandas mais pobres, são geralmente de qualidade inferior as demais, menos organizadas e com menor número de profissionais capacitados a prestar um atendimento igualitário e imparcial. A mortalidade perinatal sofre grande influência dos fatores sócio-econômicos e da rede assistencial de saúde. É preciso repensar a maneira em que são executados os processos de trabalho e como é prestada a assistência em saúde.

Necessário à redução da mortalidade perinatal está o cuidado ao grupo de causas evitáveis como asfixia intraparto, mormente em RNs com peso viável a sobreviver. Victoria ainda defende que a medida de proporcionalidade em que a assistência ao parto melhora, a morte intraparto, ou fetal, por asfixia diminui. Diligência ao monitoramento durante o trabalho de parto e nascimento,

no intento de evitar obstrução do trabalho de parto ou o prolongamento do mesmo são intervenções válidas a serem pensadas para a redução da morbimortalidade infantil.

O Ministério da Saúde tem desenvolvido progressivamente a cobertura nacional dos sistemas de informação SIM e SINASC (Rodrigues et al, 2008), apesar de ainda díspara se analisada separadamente por unidade da federação, quando incluídas as regiões norte e nordeste principalmente. É visível a contribuição destes sistemas para o monitoramento e avaliação da situação de saúde, trazendo à operacionalização de seus princípios de crescente utilidade em saúde pública. Entretanto, mesmo mostrando-se muito útil na adequação de dados para o cálculo de indicadores como a TMI.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a reorganização da assistência à gestante e ao RN é a mais urgente necessidade para a redução da mortalidade perinatal. Tem-se descurado a continuidade da assistência pré-natal até o momento do parto e a qualificação da assistência hospitalar após ter-se iniciado trabalho de parto. Para que isso ocorra efetivamente é necessária articulação entre atenção básica e assistência ao parto. Faz-se necessária também a prevenção de extrema prematuridade, ou baixo peso ao nascer, uma vez que permanece alta sua ocorrência no país. A qualificação do sistema de saúde, chama atenção pela íntima relação entre falhas e diferenças de acesso e qualidade assistencial, com altos coeficientes de mortalidade perinatal. A universalização do acesso e qualificação da assistência são ações que, pautadas nas diretrizes do SUS, deveriam estar garantidas, mas são razão da grande desigualdade da mortalidade perinatal ainda vista entre regiões brasileiras.

A redução da mortalidade perinatal em nível local, está condicionada principalmente à compreensão de sua ocorrência pelos serviços e prestadores de serviços nos sistemas de saúde. Prioritária a ocorrência disso, está a análise da qualidade do preenchimento da declaração de óbitos em idade perinatal, de igual modo a continuidade na comunicação entre os serviços de saúde, que permita garantir rotina na elaboração de estatísticas e alimentação dos sistemas de informação referentes à DO. É possível perceber nitidamente como campos da DO permanecem com baixa notificação, por exemplo o indicador de “escolaridade da mãe” apresentou em 2010 média de 21, 83% de percentual ignorado nas UFs estudadas, sendo que em São Paulo esta proporção chega a 34% do total. Destaque específico deve ser dado ao campo “momento do óbito” no preenchimento da DO, este constitui informação básica para a correlação entre óbitos perinatais e falhas na assistência ao RN e a gestante. Nesse quesito, a classificação de evitabilidade de Wigglesworth é capaz de mensurar falhas na assistência que tenham ocasionado o óbito, facilitando monitoramento, planejamento e intervenções capazes de reduzir a mortalidade perinatal no âmbito local.

Por menor que seja a funcionalidade organizacional do sistema de saúde, é imprescindível o papel do gestor de saúde na redução da mortalidade

infantil e perinatal. Uma vez negligenciado, de nada terá validade a sistematização e incorporação de práticas que subsidiem a avaliação dos serviços e da organização da rede assistencial para a gestante e o recém-nascido.

REFERÊNCIAS:

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Pesquisa em saúde no Brasil: urgência do debate. **Boletim da ABRASCO**, 2001

ALMEIDA, M. F.; ALENCAR, G.P.; SCHOEPS, D. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos- Sinasc: uma avaliação de sua trajetória. In: A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Produção e disseminação sobre saúde no Brasil. **Brasília, Ministério da Saúde**; 2009. v. 1.p. 11-37.

Anvisa, <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>, acesso em 13/05/2012, 10:48.

BARRETO, J. O. M: MORTALIDADE PERINATAL:UMA ANÁLISE COM ENFOQUE NA EVITABILIDADE Universidade Federal do Piauí **Cogitare Enferm.** 2011 Jan/Mar; 16(1):88-95

BECKER, R. O que há por trás dos dados? In: Salas de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil. Brasília: **Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde**; 2010. p. 39-43.

Biblioteca Cochrane, RS: Fatores de risco e intervenções para redução da mortalidade materno infantil, 2011.

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**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.96 p. Acesso em 01, abril. 2012.

CARTLIDGE, P. H. T.; STEWART, J. H.; Effect of changing the stillbirth

definition on evaluation of perinatal mortality rates. **Lancet** 1995;I (346):486-8.

COALE AJ, TRUSELL TJ. Estimating the time to which Brass estimates apply. In: Preston SH Palloni A. Five tuning Brass type mortality estimates with data on ages of surviving children. *Popul Bull United Nations*. 1978;10:49-54.

DE LORENZI, D. R. S.; TANAKA , A. C. A.; BOZZETTI, M. C.; RIBAS, F. E.; WEISHEIMER, L.; A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Cad Saúde Pública** 2001;17:141-6.

FRIAS, P. G.; MULLACHERY, P. H.; GIULIANNI, E. R.; Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: *Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. **Brasília: Ministério da Saúde**. 2009; p. 85-110.

FRIAS, P.G.; SZEARCEALD, C. L.; CABRAL, P. I.; Estimação da mortalidade infantil no contexto de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). **Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil** 2010.

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/CapituloC.pdf> acesso em 02/09/2012 13:25

http://www.ceilandia.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=4013, portal do DF, acesso em 01/05/2012, 12:18.

http://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/cidades/2009/11/23/interna_cidadesdf,156459/index.shtml, acesso em 20 de abril de 2012.

IBGE 2012:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2125&id_pagina=1, acesso em 30/04/2012, às 15:07

IBGE, <http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2011/04/distrito-federal-tem-quase-26-milhoes-de-habitantes.html>, acesso em 01/05/2012, 16:40

Indicadores de saúde aspectos conceituais:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/curso_indicadores.pdf acesso em 02/09/2012 12:15

KAHALE, S. Quando vamos melhorar a qualidade da assistência perinatal no Brasil? **Rev Ginecol Obstet** 2000;11:1

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; CÉSAR, C. C.; MONTEIRO, L. C.; LEAL, M. C. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2006.

LANSKY, S.; FRANCA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública** 2002b; 36(6):759-72

LEVENE, M. I.; SANDS, C.; GRINDULIS, H.; MOORE, J. R.; Comparison of two methods of predicting outcome in perinatal asphyxia. **Lancet** 1986 Jan 11;1(8472):67-9.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C; et all: Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil **Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde**, Brasília-DF, Brasil.

MELLO J. M. H.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2007; 12: 643-54.

Ministério da saúde secretaria de vigilância em saúde departamento de análise de situação de saúde coordenação geral de informações e análise

epidemiológica Brasília, 10 de julho de 2009 Deise Campos Cardoso Afonso Consultora técnica da Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica Vera Regina Barêa Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica.

NAKAMURA, R. K.; RAMOS, H. A. C.; Fatores de risco para a prematuridade: Pesquisa documental. **Esc Anna Nery, Ver. Enfermagem** 2009, abr. jun; 13[2] p. 297-304.

NORBERTO, A.; PROENÇA, J. O.; FIORI, H. H.: Terapia com surfactante pulmonar exógeno em pediatria. Sociedade brasileira de pediatria, **Jornal de Pediatria - Vol.79**, Supl.2, 2003

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIRA, C.; BAHIA, L.; MACKINCO, J.; The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet** 2011; 377 (9779): 1778-97.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE-RIPSA. Indicadores e dados básicos para a saúde – 2007 (IDB-2007). Brasília: OPAS, 2007a. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/idb>. Acesso em: 01 abr. 2012.

RIPSA: http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha_C.1.pdf, acesso em 30/04/2012 às 14:55.

RODRIGUES, M.; BONFIM, C.; FRIAS, P. G.; BRAGA, C.; GURGEL, I. G. D.; MEDEIROS, Z.: Diferenciais na adequação das informações de eventos vitais nos municípios de Pernambuco, 2006-2008

ROMERO, D. E. Avaliação dos critérios para o cálculo direto da taxa de mortalidade infantil. Textos para discussão, n. 5. In: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão/Programa Estado para Resultados. 2009. **Secretaria de vigilância em saúde/ MS**.

SAMICO, I.; HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; FRIAS, P. G.;. A sala de situação da unidade de saúde da família: o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o planejamento estratégico local. *Saúde em Debate* 2002;26(61):236-244.

Secretaria de Estado de Planejamento, Coordenação e Parcerias do Distrito Federal – **Anuário Estatístico do Distrito Federal** 2012.

Sistemas de Informação, captura da diversidade dos problemas de saúde e contribuição dos diferentes campos de informação e conhecimento para o planejamento, gestão, cuidado e proteção à saúde Contribuição do grupo técnico de informação em saúde e população – GTISP/Abrasco: <http://www.gices-sc.org/SubteCNSSISInforma.html>, acesso em 25/04/2012, às 16:28h.

United Nations. Step-by-step guide to the estimation of child mortality. *Popul Stud.* 1990;89:83.

VIANA, A.; MACHADO, C. V.; Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. Vol 11, nº 4 Oct./ Dec. 2011.

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet, Brazil**; p. 377: 1863-76. Mai. 2011.