



PERFIL DOS ÓBITOS INFANTIS: UM REFLEXO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PROFILE OF CHILD DEATHS: A HEALTH CARE REFLECTION

PERFIL DE LAS MUERTES INFANTILES: UN REFLEJO DE LA ASISTENCIA DE LA SALUD

Aline Pereira da Silva¹, Gabriela Camargo Tobias², Cristiane Chagas Teixeira³

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil dos óbitos infantis segundo a faixa etária. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de base populacional, sobre o óbito infantil. Obtiveram-se os dados pelo DATASUS, organizando-os e analisando-os no programa *Microsoft® Excel*. Realizou-se o cálculo das taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia, pós-neonatal e infantil. Apresentaram-se os resultados em forma de tabelas. **Resultados:** registraram-se 1.231 óbitos infantis, 56% em crianças do sexo masculino, cor branca (42,4%); quanto ao local do óbito, 94,2% ocorreram em um hospital. Apontou-se que, em relação às características maternas, 37,9% das mães tinham entre 20 e 29 anos de idade, 34,6%, escolaridade de oito a 11 anos de estudo e 23,9% das gestações tiveram duração de 37 a 41 (23,9%) semanas. **Conclusão:** verificou-se a necessidade da qualificação dos processos assistenciais referentes aos serviços de pré-natal, puericultura, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento para assegurar à gestante e à criança o acesso aos serviços de qualidade e, conseqüentemente, a redução dos riscos de óbitos infantis. **Descritores:** Mortalidade Infantil; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Morte Perinatal; Saúde da Família; Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

Objective: to analyze the profile of infant deaths according to age group. **Method:** this is a quantitative, descriptive, population-based study on infant death. The data was obtained by DATASUS, organized and analyzed in the *Microsoft® Excel* program. The calculation of early and late neonatal, postnatal and infant mortality rates was performed. Results were presented in the form of tables. **Results:** 1.231 infant deaths, 56% in male children, white (42.4%); As to the place of death, 94.2% occurred in a hospital. It was pointed out that, in relation to maternal characteristics, 37.9% of the mothers were between 20 and 29 years of age, 34.6%, schooling between eight and 11 years of schooling and 23.9% of the pregnancies had a duration of 37 to 41 (23.9%) weeks. **Conclusion:** there was a need to qualify the assistance processes related to prenatal services, child care, growth and development monitoring to ensure the pregnant woman and the child access to quality services and, consequently, reduction of the risk of death children. **Descriptors:** Infant Mortality; Primary Health Care; Child Health; Perinatal Death; Family Health; Pediatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar el perfil de las muertes infantiles según el grupo de edad. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, de base poblacional, sobre la muerte infantil. Se obtuvieron los datos por DATASUS, organizándolos y analizándolos en el programa *Microsoft® Excel*. Se realizó el cálculo de las tasas de mortalidad neonatal precoz y tardía, post-neonatal e infantil. Se presentaron los resultados en forma de tablas. **Resultados:** se registraron 1.231 muertes infantiles, 56% en niños de sexo masculino, color blanco (42,4%); en cuanto al lugar de la muerte, el 94,2% ocurrió en un hospital. Se observó que, en relación a las características maternas, el 37,9% de las madres tenían entre 20 y 29 años de edad, el 34,6%, escolaridad de ocho a 11 años de estudio y el 23,9% de las gestaciones tuvieron una duración de 37 a 41 (23,9%) semanas. **Conclusión:** se verificó la necesidad de la calificación de los procesos asistenciales referentes a los servicios de prenatal, puericultura, seguimiento de crecimiento y desarrollo para asegurar a la gestante y al niño el acceso a los servicios de calidad y, conseqüentemente, la reducción de los riesgos de muertes infantiles. **Descritores:** Mortalidad Infantil; Atención Primaria de Salud; Salud del Niño; Muerte Perinatal; Salud de la Familia; Enfermería Pediátrica.

¹Especialista, Universidade Estadual de Goiás/UEG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: alineps17@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9937-7363>; ²Doutora, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: gabicamargo22@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0607-4687>; ³Doutoranda, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: cc-teixeira@hotmail.com; ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-4752-0439>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que, nas últimas décadas, o Brasil passou por várias mudanças relacionadas ao desenvolvimento socioeconômico, urbanização, atenção médica e à saúde da população. Usa-se a mortalidade infantil como um indicador das condições de vida da população do país;¹ neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) tem promovido a melhoria dos seus sistemas de informações vitais, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).²

Ressalta-se que, apesar da redução de 12,7 milhões, em 1990, para 5,9 milhões, em 2015, do número de mortes entre crianças com menos de cinco anos de idade, ainda não são realizadas ações suficientes para prevenir novas mortes. Verifica-se que o mundo perdeu, nesse período, cerca de 236 milhões de crianças nesta faixa etária.³

Considerou-se, por muitas décadas, a redução da mortalidade infantil como uma das prioridades das políticas sociais de saúde no Brasil. Observa-se que ocorreram melhorias no acesso e na qualidade dos cuidados em saúde no Brasil, com o Sistema Único de Saúde (SUS) e maiores investimentos na área, que contribuíram para a maior organização no atendimento às gestantes e aos recém-nascidos.⁴

Revela-se, pela taxa de mortalidade infantil, a desigualdade de uma sociedade e a efetividade do acesso aos serviços de saúde quanto à sua resolutividade. Trata-se de um desafio para o SUS, já que não envolve apenas questões biológicas; relacionam-se as questões sociais, econômicas, ambientais e culturais, que exigem um sistema de saúde apto a oferecer à população um atendimento biopsicossocial, voltado às ações de promoção da saúde na comunidade.⁵

Aponta-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo de atenção que foi criado para mudar a forma de abordagem da atenção à saúde, de maneira que se altera o foco da assistência à doença para a realização da promoção da saúde, com a valorização da qualidade de vida. Trata-se de um modelo de atenção à saúde proposto pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reordenar a assistência a partir de um trabalho em equipe.⁶ Comprova-se que, ao longo do tempo, esse modelo de atenção trouxe resultados satisfatórios relacionados à saúde materna e da criança, com a melhoria no atendimento ao pré-natal e na prevenção das doenças infecciosas.² Sugere-se que a implementação de políticas públicas

direcionadas à Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil tenha contribuído para a redução de óbitos em crianças menores de um ano.⁷

Apresenta-se, em estudos, a associação entre o número de consultas no pré-natal e as condições socioeconômicas maternas, características do parto e de nascimento das crianças que foram a óbito no período neonatal, em sua maioria, com menos de sete dias de vida. Verifica-se que a baixa qualidade da assistência pré-natal está relacionada ao aumento de mortes neonatais, por causas que poderiam ser evitadas durante o pré-natal, por ações de prevenção e promoção à saúde materna, realizadas na rede de Atenção Primária à Saúde.⁸

Pontua-se que, apesar da taxa de mortalidade infantil, no Brasil, ter apresentado um decréscimo relevante nos últimos anos, ainda há obstáculos a superar relacionados às desigualdades sociais, ao desenvolvimento socioeconômico e ao acesso a serviços de saúde. Acrescentam-se os problemas relacionados à cobertura dos eventos vitais, o que influencia o conhecimento da dimensão da mortalidade infantil e, também, a identificação de fatores associados.⁹

Implantaram-se, no Estado de Goiás, os programas Siga Mamãe e Siga Bebê, que apresentam como um dos objetivos a redução da taxa de mortalidade infantil (TMI) e visam a acompanhar a gestante e o bebê, no primeiro ano de vida, atendidos pela rede pública de saúde por meio de um prontuário eletrônico.¹⁰

Faz-se necessária, diante do fato de a redução da mortalidade infantil estar inserida entre os itens prioritários do programa Siga Bebê, do Goiás Mais Competitivo, que pretende reduzir para 10,6% o índice de mortalidade infantil no Estado, uma análise minuciosa dos fatores a ela associados. Permite-se, de uma forma mais específica, por essa análise sobre os óbitos infantis em Goiás, no ano de 2015, não só a obtenção de dados, como o desenvolvimento de uma política voltada para a realidade e a avaliação dos programas da APS, uma vez que esse tipo de estudo tem o papel essencial de subsidiar o planejamento, a implementação e a avaliação das políticas e ações do SUS e, conseqüentemente, contribuir para a redução da mortalidade infantil no primeiro ano de vida.

OBJETIVO

- Analisar o perfil dos óbitos infantis segundo a faixa etária.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de base populacional sobre o óbito infantil no Estado de Goiás, Brasil.

Retiraram-se os dados das bases de dados oriundas dos sistemas de informação do SUS. Compreendem-se, na população em estudo, todas as crianças menores de um ano que foram a óbito no ano de 2015.

Obtiveram-se as informações sobre os óbitos infantis pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), disponibilizado no endereço eletrônico <http://www.datasus.gov.br>. Ressalta-se que o DATASUS disponibiliza informações que auxiliam as análises objetivas da situação sanitária, para tomadas de decisão baseadas em evidências e a elaboração de programas de ações de saúde.¹¹

Captaram-se os dados no sítio eletrônico e organizaram-se em planilhas do programa *Microsoft® Excel*, para a posterior análise.

Incluíram-se, no estudo, dados sobre a faixa etária do óbito infantil, o sexo, o local de ocorrência do óbito, a raça/cor, a idade e escolaridade da mãe, a duração de gestação, o tipo de gravidez, o tipo de parto, o peso ao nascer e as causas básicas de óbito, conforme a lista da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10).

Define-se que a mortalidade infantil compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28-364 dias).

Dividiu-se, para o cálculo das taxas de mortalidade neonatal precoce, o número de óbitos de residentes de zero a seis dias de vida completo pelo número total de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por mil; já para o cálculo das taxas de mortalidade neonatal tardio, dividiu-se o número de óbitos de residentes de sete a 27 dias pelo número total de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por mil; para o cálculo das taxas de mortalidade pós-neonatal, dividiu-se o número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias pelo número total de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por mil; por fim, para o cálculo das taxas de mortalidade infantil, dividiu-se o número de óbitos em menores de um ano em

residentes da região Centro-Oeste do Brasil pelo número total de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por mil.

Efetuiu-se este estudo a partir de base de dados de fonte secundária, disponíveis para pesquisa pública, não sendo, portanto, submetido a nenhum Comitê de Ética. Ressalta-se que o estudo teve como fundamentos as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas na Resolução nº 466/2012 CNS, atendendo aos fundamentos éticos e científicos exigidos.

RESULTADOS

Registrou-se, em Goiás, durante o ano de 2015, um total de 1.231 óbitos infantis, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos óbitos infantis segundo a faixa etária. Goânia (GO), Brasil, 2015.

Variáveis	Faixa etária							
	0 a 6 dias		7 a 27 dias		28 a 364 dias		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Masculino	376	54,6	131	19	182	26,4	689	56
Feminino	280	52,1	112	20,9	145	27	537	43,6
Ignorado	4	0,8	1	0,2	0	0	5	0,4
Raça/cor								
Branca	255	48,8	119	22,8	148	28,4	522	42,4
Preta	4	23,5	2	11,8	11	64,7	17	1,4
Amarela	2	50	1	25	1	25	4	0,3
Parda	311	61,1	79	15,5	119	23,4	509	41,3
Ignorado	88	49,2	43	24	48	26,8	179	14,6
Local de óbito								
Hospital	642	55,3	241	20,7	277	24	1160	94,2
Outro estabelecimento de saúde	6	37,5	1	6,2	9	56,3	16	1,3
Domicílio	4	11,4	2	5,7	29	82,9	35	2,8
Via pública	6	54,5	0	0	5	45,5	11	0,9
Outros	1	12,5	0	0	7	87,5	8	0,7
Ignorado	1	100	0	0	0	0	1	0,1
Idade da mãe								
10 a 14 anos	12	66,6	3	16,7	3	16,7	18	1,5
15 a 19 anos	126	62,4	34	16,8	42	20,8	202	16,4
20 a 24 anos	138	56,4	52	21,2	55	22,4	245	19,9
25 a 29 anos	131	59	44	19,8	47	21,2	222	18
30 a 34 anos	100	59,9	27	16,2	40	23,9	167	13,6
35 a 39 anos	57	56,4	17	16,8	27	26,8	101	8,2
40 a 44 anos	18	48,6	12	32,5	7	18,9	37	3
45 a 49 anos	2	50	1	25	1	25	4	0,3
Idade ignorada	76	32,3	54	23	105	44,7	235	19,1
Escolaridade da mãe								
Nenhuma	16	61,6	5	19,2	5	19,2	26	2,1
1 a 3 anos	17	50	7	20,6	10	29,4	34	2,8
4 a 7 anos	110	50,7	36	16,6	71	32,7	217	17,6
8 a 11 anos	265	62,2	72	16,9	89	20,9	426	34,6
12 anos e mais	87	62,6	30	21,6	22	15,8	139	11,3
Ignorado	165	42,4	94	24,2	130	33,4	389	31,6
Duração da gestação								
Menos de 22 semanas	40	67,8	8	13,5	11	18,7	59	4,8
22 a 27 semanas	177	75	40	17	19	8	236	19,2
28 a 31 semanas	97	58,4	52	31,3	17	10,3	166	13,5
32 a 36 semanas	135	64,6	39	18,7	35	16,7	209	17
37 a 41 semanas	141	47,8	55	18,6	99	33,6	295	23,9
42 semanas e mais	2	40	0	0	3	60	5	0,4
Ignorado	68	26	50	19,1	143	54,9	261	21,2
Tipo de gravidez								
Única	558	57,6	188	19,4	223	23	969	78,7
Dupla	60	69,8	21	24,4	5	5,8	86	7
Tripla e mais	2	22,2	4	44,4	3	33,4	9	0,7
Ignorada	40	23,9	31	18,6	96	57,5	167	13,6
Tipo de parto								
Vaginal	312	63,7	84	17,1	94	19,2	490	39,8
Cesário	299	53,7	124	22,3	134	24	557	45,2
Ignorado	49	26,6	36	19,6	99	53,8	184	15
Peso ao nascer								
Menos de 500g	45	90	4	8	1	2	50	4,1
500 a 999g	191	67,5	65	23	27	9,5	283	23
1000 a 1499 g	85	66,9	32	25,2	10	7,9	127	10,3
1500 a 2499 g	129	56,8	46	20,3	52	22,9	227	18,4
2500 a 2999 g	81	52,2	26	16,8	48	31	155	12,6
3000 a 3999 g	80	44,7	30	16,7	69	38,6	179	14,5
4000g e mais	4	33,3	4	33,3	4	33,3	12	1
Ignorado	45	22,7	37	18,7	116	58,6	198	16,1
Total							1.231	100

Mostra-se, na tabela 2, a causa básica de óbito segundo a faixa etária.

Tabela 2. Causa básica de óbito segundo a faixa etária. Goiânia (GO), Brasil, 2015.

Capítulo CID-10	0 a 6 dias	7 a 27 dias	28 a 364 dias	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	0	25	27
II. Neoplasias (tumores)	1	2	5	8
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	0	0	5	5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	1	14	17
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	1	1
VI. Doenças do sistema nervoso	0	0	19	19
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	6	6
X. Doenças do aparelho respiratório	0	1	47	48
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	3	3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	3	3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	3	3
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	516	177	30	723
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	133	59	118	310
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	5	4	22	31
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	0	26	27
Total	660	244	327	1.231

Apresenta-se, na tabela 3, a taxa de mortalidade entre os Estados do Centro-Oeste brasileiro.

Tabela 3. Taxa de mortalidade nos Estados do Centro-Oeste. Goiânia (GO), Brasil, 2015.

Região	Taxa de mortalidade neonatal precoce	Taxa de mortalidade neonatal tardio	Taxa de mortalidade pós-neonatal	Taxa de mortalidade infantil
	Taxa*1.000	Taxa*1.000	Taxa*1.000	Taxa*1.000
Mato Grosso do Sul	7,0	2,2	4,5	13,7
Mato Grosso	6,5	1,5	4,0	12,0
Goiás	6,5	2,4	3,2	12,1
Distrito Federal	6,3	1,8	2,4	10,5
Total	26,3	7,9	14,1	48,3

DISCUSSÃO

Constatou-se que a maioria dos óbitos ocorreu em crianças do sexo masculino, que nasceram de parto cesáreo e com baixo peso ao nascer, o que se assemelha ao encontrado em um estudo realizado no município de Caxias do Sul (RS), que verificou, como resultado, que, entre as variáveis relacionadas ao óbito, estavam o sexo masculino e o baixo peso.¹²

Entende-se, também, que os dados encontrados foram semelhantes aos de um estudo realizado em Fortaleza (CE), sobre os casos de óbito neonatal e os nascidos vivos sobreviventes no ano de 2009, que teve, como resultados predominantes, os óbitos ocorridos do sexo masculino, idade gestacional menor que 37 semanas, baixo peso ao nascer (menos de 1500g) e, em relação à escolaridade

materna, o Ensino Fundamental completo e incompleto.¹³ Revelam-se, ainda, resultados semelhantes aos encontrados em uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, que encontrou uma associação entre o óbito infantil, a mortalidade materna inferior a oito anos e o baixo peso ao nascer.¹⁴

Destacaram-se, em um estudo de coorte sobre a mortalidade neonatal na pesquisa Nascer no Brasil, com entrevista e avaliação de prontuários de 23.940 puérperas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, o baixo peso ao nascer, o risco gestacional e as condições do recém-nascido como os principais fatores relacionados ao óbito neonatal, e considerou-se que a inadequada atenção ao pré-natal e ao parto indicou a qualidade não satisfatória da assistência e associação ao óbito. Pontua-se que a taxa de mortalidade neonatal teve maior prevalência

Silva AP da, Tobias GC, Teixeira CC et al.

no sexo masculino e em filhos de mães com Ensino Fundamental incompleto e completo,¹⁵ o que foi semelhante ao encontrado neste estudo.

Observaram-se, em um estudo semelhante realizado em Cuiabá (MT), em 2007, características relacionadas à mãe, à gravidez e ao parto, associadas ao óbito neonatal. Ressalta-se que prevaleceram as mães entre 21 e 30 anos de idade, com escolaridade de oito anos, solteiras, com a realização de três a cinco consultas de pré-natal, nascimento por parto vaginal e idade gestacional inferior a 37 semanas; quanto às características neonatais, observou-se que a maioria dos óbitos ocorreu em bebês do sexo masculino, de raça/cor parda, com baixo peso ao nascer e no período neonatal precoce.¹⁶ Nota-se que algumas dessas características são semelhantes aos achados deste estudo, no que se refere à idade e à escolaridade materna, ao tipo de parto, baixo peso ao nascer e sexo masculino.

Compreende-se, em relação à causa dos óbitos, que a maioria ocorreu por algumas afecções originadas no período perinatal, o que foi semelhante ao encontrado em um estudo realizado em Salvador (BA)¹⁷ e em outro estudo realizado em Ribeirão Preto (SP), em que se observou que as crianças com menos de uma semana de vida, com baixo peso ao nascer e idade gestacional inferior a 37 semanas apresentaram a maior porcentagem de morte, e o atendimento pré-natal foi considerado não suficiente para a grande maioria dos casos investigados.¹⁸ Verificou-se, ainda, em outra pesquisa, realizada em 19 hospitais brasileiros, que a maioria dos óbitos neonatais na primeira semana de vida apresentou, pelo menos, uma das afecções do período perinatal.¹⁹ Evidencia-se a importância de uma assistência de qualidade no cuidado materno-infantil na Atenção Primária à Saúde para a prevenção de complicações e de óbitos infantis.

Registrou-se, em um estudo realizado em Belo Horizonte (MG), referente às causas de óbitos neonatais, um aumento dos óbitos neonatais e relacionados a malformações e às afecções perinatais.²⁰ Aponta-se que o resultado foi semelhante ao encontrado em Goiás, em 2015, em que as principais causas de óbitos neonatais foram as afecções originadas no período neonatal e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

Sabe-se que as causas de óbitos neonatais precoces predominantes em Caxias do Sul foram a doença da membrana hialina, seguida pelas cardiopatias congênitas, prematuridade extrema e descolamento prematuro da

Perfil dos óbitos infantis: um reflexo da assistência...

placenta;¹² por outro lado, em Goiás, foi verificado que a maioria dos óbitos neonatais em período precoce ocorreu por afecções no período perinatal, seguidas por malformações, sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias e causas externas.

Faz-se necessário rever o acesso aos serviços de saúde, a qualidade da assistência no pré-natal e, também, as condições de assistência ao parto e aos cuidados imediatos ao recém-nascido. Verifica-se uma associação da mortalidade neonatal precoce ao baixo grau de instrução materna, o que sugere que as gestantes com menor escolaridade precisam de uma atenção especial nos serviços de saúde, independentemente de outros fatores que se apresentarem.²¹ Observou-se, neste estudo, uma maior taxa de óbitos neonatais precoces em mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade e, também, nas mulheres com nenhuma escolaridade.

Realizou-se, em Pelotas (RS), um estudo que identificou o aumento da prematuridade como a principal causa dos óbitos no período perinatal e no primeiro ano de vida, o que sugere que grande parte dos óbitos seria evitada por meio da atenção adequada à mulher na gestação, no que se refere ao pré-natal e acompanhamento de qualidade na APS.²²

Encontraram-se, em outro estudo, como as principais causas de óbito neonatal, a parada cardiorrespiratória e a prematuridade; ao associar-se a realização do pré-natal pela mãe ao tempo de permanência do neonato na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), obteve-se a relevância estatística. Indica-se, por esses achados, a importância do planejamento das ações de assistência à mulher e ao neonato.²³

Aponta-se, quanto às taxas de mortalidade nos Estados do Centro-Oeste, que elas foram maiores em Mato Grosso do Sul. Sabe-se que a taxa de mortalidade infantil expressa o risco de um nascido vivo morrer no seu primeiro ano de vida, refletindo os níveis de desenvolvimento e saúde de uma população, contribuindo para a gestão no que se refere ao planejamento de ações voltadas ao pré-natal, parto e saúde da criança, o que pode justificar a maior taxa encontrada neste estado.

Ressalta-se, pelos dados encontrados em um estudo realizado em municípios sul-matogrossenses, que muitas causas de mortalidade infantil identificadas seriam evitadas por meio da promoção da saúde associada a ações de imunização, pré-natal, planejamento familiar, puericultura e pela estrutura e qualificação

Silva AP da, Tobias GC, Teixeira CC et al.

dos trabalhadores da APS.²⁴

Define-se que o objetivo da APS é proporcionar uma efetiva articulação entre a assistência pré-natal, o nascimento e o período pós-natal, além disso, deve ser o elo entre a família e a rede social de apoio, favorecendo e proporcionando condições para que a família se desenvolva de maneira satisfatória à saúde, considerando-se o seu contexto e as suas vivências, e oferecendo à criança o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento.²⁵ Salienta-se, portanto, a importância da realização de atendimentos de qualidade na APS, no que se refere ao pré-natal, acompanhamento pós-natal e de crescimento e desenvolvimento da criança para evitar óbitos infantis.

CONCLUSÃO

Verificou-se o perfil dos óbitos infantis em 2015 no Estado de Goiás. Conclui-se que os principais fatores associados foram crianças do sexo masculino, de raça/cor branca, nascidos em hospital, de parto cesáreo e com baixo peso ao nascer. Relataram-se, em relação às características maternas, a escolaridade de oito a 11 anos e com duração da gestação de 37 a 41 semanas. Consideraram-se, como as causas mais prevalentes de óbitos infantis, as afecções no período perinatal e as malformações congênicas.

Aponta-se a importância de investimentos para a implementação de boas práticas baseadas em evidências científicas para a qualificação dos processos assistenciais na APS, referente aos serviços de pré-natal, puericultura, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento para assegurar à gestante e à criança o acesso, em tempo oportuno, ao serviço de qualidade e, conseqüentemente, a redução dos riscos e de óbitos infantis.

Entende-se, logo, que o Estado de Goiás merece atenção especial voltada para a redução da mortalidade infantil, principalmente, para aquelas causas que estão relacionadas à qualidade da prestação dos serviços assistenciais em saúde, no que se refere às ações da APS, sabendo que o envolvimento da gestante no pré-natal é fundamental para a transformação desta realidade.

Verifica-se a importância da realização de estudos que avaliem as taxas e as causas da mortalidade infantil, já que este é um indicador fundamental para medir a qualidade de vida de uma população e dos serviços de saúde oferecidos. Sugere-se, portanto, a

Perfil dos óbitos infantis: um reflexo da assistência...

realização de outras pesquisas referentes a esta temática.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011 May/June;377(9780):1863-76. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)
2. Almeida WS, Szwarcwald CL. Infant mortality rate in Brazilian municipalities: a proposal of an estimation method. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2014 Oct/Dec;14(4):331-42. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292014000400003>.
3. Organização das Nações Unidas no Brasil. ONU: 16 mil crianças morrem diariamente, revela novo relatório sobre mortalidade infantil [Internet]. Brasília: ONUBR; 2015 [cited 2017 Oct 02]. Available from: <https://nacoesunidas.org/onu-16-mil-criancas-morrem-diariamente-revela-novo-relatorio-sobre-mortalidade-infantil1/>
4. Santos SLD, Silva ARV, Campelo V, Rodrigues FT, Ribeiro JF. Use of the linkage method to identify the risk factors associated with infant mortality: an integrative review of the literature. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014 July; 19(7):2095-04. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.21532013>
5. Vasconcelos JPR, Rosa JCS. Mortalidade infantil em menores de cinco anos de idade no município de Águas Lindas de Goiás. *Rev Eletrônica Gestão e Saúde*. 2016;7(1):176-90.
6. Camelo SHH, Angerami ELS. Human resources formation for the family health program. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008 Jan/Mar ;7(1):45-52. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v7i1.4895>
7. Ceccon RF, Bueno ALM, Hesler LZ, Kirsten KS, Portes VM, Viçcili PRN. Infant mortality and Family Health units in the Brazilian Federation, 1998-2008. *Cad Saúde Coletiva*. 2014 Apr/June; 22(2):177-83. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400020011>
8. Ferrari RAP, Bertolozzi MR, Dalmas JC, Giroto E. Association between prenatal care and neonatal deaths, 2000-2009, Londrina-PR. *Rev Bras Enferm*. 2014 May/June;67(3):354-59. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140046>
9. Leal MC, Bittencourt DAS, Torres RMC, Niquini RP, Souza Jr PRB. Determinants of infant mortality in the Jequitinhonha Valley and in the North and Northeast regions of

Silva AP da, Tobias GC, Teixeira CC et al.

Perfil dos óbitos infantis: um reflexo da assistência...

- Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2017 Mar;51(12):1-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006391>
10. Governo de Goiás. Secretaria de Estado da Saúde. Siga mamãe acompanha mais de 600 gestantes pelo Estado [Internet]. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde; 2016 [cited 2017 Oct 07]. Available from: <http://www.conectasus.go.gov.br/siga-mamae-acompanha-mais-de-600-gestantes-peloestado/>
11. Ministério da Saúde (BR), Portal da Saúde, DATASUS Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde (TABNET) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Oct 07]. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>
12. Araújo BF, Bozzetti MC, Tanaka ACA. Early neonatal mortality in Caxias do Sul: a cohort study. *J Pediatr* [Internet]. 2000 [cited 2017 Oct 14];76(3):200-6. Available from: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-03-200/port.pdf>
13. Nascimento RM, Leite AJM, Almeida NMGS, Almeida PC, Silva CF. Determinants of neonatal mortality: a case-control study in Fortaleza, Ceará State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2012 Mar;28(3):559-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300016>
14. Geib LTC, Fréu CM, Brandão M, Nunes ML. Social and biological determinants of infant mortality in population cohort in the city of Passo Fundo, Rio Grande do Sul State. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 Mar;15(2):363-70. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200011>
15. Lansky S, Friche AAL, Silva AA, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Cad Saúde Pública*. 2014 ;30 (Suppl 1):S1-15. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>
16. Lourenço EC, Brunken GS, Luppi CG. Neonatal mortality: study of avoidable causes in Cuiabá, Mato Grosso State, Brazil, 2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013 Dec;22(4):697-06. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400016>
17. Soares ES, Menezes GMS. Factors Associated with Neonatal Mortality: Situation Analysis at the Local Level Enio Silva Soares. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010 Mar;19(1):51-60. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000100007>
18. Careti CM, Scarpelini AHP, Furtado MCC. Child mortality profile based on investigation of obituary records. *Rev eletrônica enferm*.

- 2014 Apr/June;16(2):352-60. Doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.20321>.
19. Pileggi C, Souza JP, Cecatti JG, Faúndes A. Neonatal near miss approach in the 2005 WHO Global Survey Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2010 Jan/Feb;86(1):21-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000100005>
20. Alves AC, França E, Mendonça ML, Rezende EM, Ishitani LH, Côrtes MCJW. Leading causes of post-neonatal infant deaths in Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil, 1996 to 2004. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2008 Jan/Mar;8(1):27-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000100004>
21. Soares ES, Menezes GMS. Factors Associated with Neonatal Mortality: Situation Analysis at the Local Level Enio Silva Soares. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010 Mar;19(1):51-60. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000100007>
22. Gorgot LRMR, Santos I, Valle N, Matisajevich A, Barros AJD, Albernaz E. Avoidable deaths until months of age among children from the 2004 Pelotas birth cohort. *Rev Saúde Pública*. 2011 Apr;45(2):334-42. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000013>
23. Basso CG, Neves ET, Silveira A. The association between attending prenatal care and neonatal morbidity. *Texto contexto-enferm*. 2012 Apr/June;21(2):269-76. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200003>
24. Gastaud ALGS, Honer MR, Cunha RV. Infant mortality and its preventability in Mato Grosso do Sul State, Brazil, 2000-2002. *Cad Saúde Pública*. 2008 July;24(7):1631-40. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700018>
25. Furtado MCC, Mello DF, Parada CMGL, Pinto IC, Reis MCG, Scochi CGS. The evaluation of newborn care in the relationship between maternity hospital and basic health net. *Rev eletrônica enferm*. 2010 Oct/Dec;12(4):640-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7625>.

Submissão: 07/08/2018

Aceito: 15/02/2019

Publicado: 01/04/2019

Correspondência

Gabriela Camargo Tobias
 Universidade Federal de Goiás
 Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública
 Rua 235 - s/n - Setor Universitário
 CEP: 74605-450 –Goiânia (GO), Brasil