

Análise dos Indicadores de Saúde Materno Infantil de um Município do Estado do Mato Grosso

Analysis of Indicators of Maternal Child Health in a Municipality from MatoGosso State

Monia Maia Lima^{a*}; Antonio Marcos Moreira Aguilar^a

^aUniversidade de Cuiabá, Faculdade de Ciências Humanas, Biológicas e da Saúde, Primavera do Leste – MT.

*E-mail: moniaenfermagem@gmail.com

Resumo

Os indicadores de saúde materno infantil fornecem subsídios epidemiológicos confiáveis a respeito do monitoramento de diversos agravos de morbimortalidade em nível nacional. O objetivo desse estudo foi analisar os indicadores pactuados referentes à saúde materno infantil do município de Primavera do Leste – Mato Grosso, entre os anos de 2008 a 2011. Realizou-se um estudo epidemiológico, quantitativo, descritivo e transversal. O estudo apontou que no ano de 2008, o município não atingiu a meta proposta na investigação de óbitos infantis e de mulheres em idade fértil, apresentando avanços nestes dois indicadores no ano de 2009. Em 2010/2011 ocorreu a redução da mortalidade neonatal e pós-neonatal. A proporção dos óbitos maternos investigados aumentou, sendo um fator positivo. Dentre os indicadores de óbitos infantis relacionados ao pré-natal foi demonstrado maior predomínio em mães com um filho sem antecedentes de filho morto, gravidez única, entre 28 a 31 semanas. Já os óbitos infantis relacionados aos recém-nascidos demonstram maior predomínio de crianças, que nasceram entre 1 a 1,4kg, do sexo masculino, da cor parda. No período analisado, foram constatados quatro óbitos maternos e como causa do óbito não foi visualizado nenhum predomínio de uma determinada patologia.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil. Mortalidade Materna. Gestão em Saúde. Saúde Pública.

Abstract

Maternal and child's health indicators provide reliable epidemiological subsidies for the monitoring of various morbidity and mortality problems at the national level. The objective of this study was to analyze the agreed indicators for maternal and child's health in the municipality of Primavera do Leste - Mato Grosso State, from 2008 to 2011. A epidemiological, quantitative, descriptive and transversal study was carried out. The study pointed out that in the year of 2008 the municipality did not reach the proposed goal in the investigation of infant deaths and women of childbearing age, showing progress in these two indicators in 2009. In 2010/2011, the reduction of neonatal and post-neonatal mortality occurred. The proportion of maternal deaths investigated increased, being a positive factor. Among the indicators of infant deaths related to prenatal care, a higher prevalence was observed in mothers with 1 child with no previous history of the deceased child, single pregnancy, between 28 and 31 weeks. On the other hand, infant deaths related to newborns were more prevalent among children born between 1 and 1.4 kg, male, brown. In the analyzed period, there were 4 maternal deaths and as cause of death, no predominance of a particular pathology was seen.

Keywords: Child mortality. Maternal Mortality. Health Management. Public Health

1 Introdução

A história da saúde pública no Brasil é, em larga medida, uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais, como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomose. A literatura ressalta sua presença em textos médicos, leigos, e em representações iconográficas de forma muito intensa e alcançou expressão em um dos mais importantes personagens símbolo dos pobres na literatura brasileira: o Jeca Tatu, de Monteiro Lobato.¹

Bastaria um exame superficial dos principais indicadores de saúde para reconhecer que, ao longo do período em estudo, o Brasil fez progressos significativos. A população total passou de aproximadamente 20 milhões de habitantes, em princípios do século XX, para mais de 170 milhões, cem anos depois. A mortalidade infantil, estimada para início do

século XX em aproximadamente 190 por mil nascidos-vivos, é agora de 29,8, como valor médio nacional. A mortalidade por enfermidades infectocontagiosas passou de 45,7% do total de óbitos em 1930, para 5,9% em 1999, e a expectativa de vida mais que duplicou no século XX, passando de 33,7 anos, em 1900, para 68,6 anos, em 2000¹

Em outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, completa-se o processo de retorno do país ao regime democrático. No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde.²

Nesse contexto, a regionalização da saúde no Brasil desafia os gestores ao assumirem a responsabilidade de articular uma pactuação de metas, que contemplem os diferentes cenários locais e rompam com a atuação autarquizada entre os níveis

de Governo.³

O conhecimento sobre a real situação de saúde de uma população se torna imprescindível para o planejamento e a implementação de ações voltadas para a melhoria das condições de saúde. Mediante essa necessidade surgem os indicadores de saúde, que possibilitam quantificar e tornar compreensíveis os fenômenos ocorridos em vários níveis da sociedade.⁴ No ano de 2006, o Ministério da Saúde promulgou a Portaria GM 399 de 22/02/2006, que instituiu o Pacto pela Saúde, subdividido em Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão, no qual se constitui uma série de compromissos sanitários a serem pactuados e executados pelas diferentes esferas de gestão.⁵

Não obstante, monitorar a redução e/ou progressão de agravos através dos indicadores de saúde pactuados dentro dos Sistemas de Informação do Ministério é peça chave dentro das responsabilidades legais dos gestores e de suas equipes técnicas. A priori, o presente estudo assumiu um caráter epidemiológico importante, demonstrando os indicadores relacionados com a saúde materno infantil no município de Primavera do Leste – MT, discutindo-os com as legislações vigentes, a fim de evidenciar a realidade deste agravo em nível local.

2 Material e Métodos

Com relação aos aspectos geoespaciais, o presente estudo foi desenvolvido no Estado do Mato Grosso, no município de Primavera do Leste - MT, demograficamente situado na região Centro-Oeste do Brasil. O Censo de 2010 contou uma população de 52.066 habitantes, sendo a estimativa populacional de 56.450 habitantes para o ano de 2014.⁶

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, descritivo, retrospectivo, de característica transversal, com dados secundários do período de 2008 a 2011, utilizando a base de dados SISPACTO, a fim de obter as variáveis relacionadas aos indicadores contidos no nível de prioridade III, referentes à Saúde Materno Infantil, do município de Primavera do Leste – MT.

As variáveis relacionadas ao estudo dizem respeito às metas, aos prazos e aos resultados atingidos pelo município de Primavera do Leste nos biênios 2008/2009 e 2010/2011. Estas foram pactuadas pelo Gestor Municipal, a fim de cumprir as obrigações epidemiológicas do município referentes à redução da mortalidade materno infantil.

O nível de prioridade III do SISPACTO tem como objetivo a redução da mortalidade materna e infantil, alicerçada nos seguintes preceitos operacionais:

- I - Estimular a investigação do óbito de menores de um ano, visando subsidiar intervenções para redução da mortalidade nesta faixa etária.
- II - Investigar óbitos maternos.
- III - Reduzir a mortalidade pós-neonatal.
- IV - Reduzir a mortalidade neonatal.
- V - Reduzir o número de mortes infantis indígenas, tendo como linha de base o ano de 2005.

VI - Aprimorar a qualidade da atenção pré-natal

VII - Reduzir a taxa de cesáreas.⁵

Para a primeira etapa, os dados foram coletados, organizados e sintetizados em uma planilha do Excel® e, após, foram analisados na forma descritiva através de números absolutos e percentuais. Na segunda etapa, cada objetivo traçado dentro do nível de prioridade III foi discutido em conjunto com a Portaria Ministerial nº 2.669 de 03 de Outubro de 2009, que estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação.

Com base nos resultados, já filtrados, foi realizada uma busca em bancos de dados oficiais, relacionados ao tema proposto, a fim de identificar variáveis preditoras dos resultados obtidos no período avaliado. Esta pesquisa não gerou prejuízos éticos a terceiros, visto que os dados utilizados são secundários e de domínio público, extraídos por meio de relatórios do SISPACTO, disponível na rede de internet. O estudo não necessitou de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, sendo seguidas as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

3 Resultados e Discussão

A mortalidade infantil se refere à morte de crianças menores de um ano, sendo considerada morte infantil neonatal aquela ocorrida até o 27º dia de vida, e a morte infantil pós-neonatal, aquela que ocorre entre 28 e 364 dias de vida.⁷ Define-se óbito de mulheres em idade fértil como aquele ocorrido em mulheres entre o 10º e o 49º ano de vida, cuja notificação tem a finalidade de detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos destas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original.⁸

Para avaliar o indicador relacionado com a mortalidade infantil, inicialmente, foi realizado um confronto de dados entre os bancos de dados oficiais. Foram confrontados os dados obtidos por meio do DATASUS, do SISPACTO, do SIM e do SINASC. A primeira verificação foi quanto ao número total de óbitos infantis. Neste quesito, se pode observar discordância entre os dados lançados na pactuação, disponíveis no SISPACTO e os demais bancos de dados: enquanto o SISPACTO aponta 55 óbitos, os demais sistemas evidenciam 51 registros.

O confronto entre os bancos de dados gerou a análise dos possíveis fatores preditivos da mortalidade infantil em Primavera do Leste, por meio de três grandes aspectos: Perfil Socioeconômico materno, aspectos relacionados à gestação e ao parto e aos aspectos relacionados ao recém-nascido.

Através da análise (Quadro 1) que trata sobre o perfil socioeconômico materno em relação aos óbitos neonatais e pós-neonatais de residentes em Primavera do Leste – MT,

entre os anos de 2008 a 2011 foi possível evidenciar que das variáveis socioeconômicas se observa que a faixa etária mais predominante relacionada ao perfil materno foi de 20 a 30 anos,

tanto para o óbito neonatal como para o pós-neonatal. Estes dados evidenciam uma realidade preocupante, visto que incidem com uma maior frequência na população feminina mais jovem.

Quadro 1 - Perfil socioeconômico materno em relação aos óbitos neonatais e pós-neonatais de residentes em Primavera do Leste – MT, entre os anos de 2008 a 2011.

Variável	Neonatal		Pós Neonatal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
10 a 14	1	2,86	1	6,25	2	3,92
15-19	6	17,14	3	18,75	9	17,65
20-30	20	57,14	8	50,00	28	54,90
31-40	7	20,00	1	6,25	8	15,69
Não Informada/Registro Indisponível	1	2,86	3	18,75	4	7,84
Total	35	100,00	16	100,00	51	100,00
Escol. Mãe	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	1	2,86	2	12,50	3	5,88
01 a 03	0	-	1	6,25	1	1,96
04 a 07	8	22,86	6	37,50	14	27,45
08 a 11	21	60,00	5	31,25	26	50,98
12 e mais	3	8,57	0	-	3	5,88
Não Informada/Registro Indisponível	2	5,71	2	12,50	4	7,84
Total	35	100,00	16	100,00	51	100,00
Situação Conjugal	N	%	N	%	N	%
Solteira	22	62,86	7	43,75	29	56,86
Casada	4	11,43	2	12,50	6	11,76
União Estável	2	5,71	2	12,50	4	7,84
Não Informado/Registro Indisponível	7	20,00	5	31,25	12	23,53
Total	35	100,00	16	100,00	51	100,00
Ocupação	N	%	N	%	N	%
Administrador	1	2,86	0	-	1	1,96
Agente de saúde pública	1	2,86	1	6,25	2	3,92
Comerciante Varejista	2	5,71	0	-	2	3,92
Costureira	1	2,86	0	-	1	1,96
Desemp. crônico ou Não Classificado	2	5,71	1	6,25	3	5,88
Dona de Casa	17	48,57	11	68,75	28	54,90
Empregada doméstica nos serv. Gerais	1	2,86	0	-	1	1,96
Empresário de espetáculo	1	2,86	0	-	1	1,96
Estudante	2	5,71	0	-	2	3,92
Fisioterapeuta	1	2,86	0	-	1	1,96
Operador de caixa	1	2,86	0	-	1	1,96
Operador de centro de controle	1	2,86	0	-	1	1,96
Recepcionista	1	2,86	0	-	1	1,96
Não informada	3	8,57	3	18,75	6	11,76
Total	35	100,00	16	100,00	51	100,00

Fonte: SIM/SINASC

Em um estudo sobre mortalidade infantil evitável, em Mato Grosso do Sul, constatou-se que 38,6% das crianças que evoluíram para óbito eram filhas de mães com extremos de idade (menor que 20 ou 35 e mais anos), sendo menor tal proporção entre as que sobreviveram (33,2%) e crianças filhas de mães adolescentes tiveram risco 20% maior de morte por causas evitáveis, quando comparadas às de mães com idades entre 20 e 34 anos; já nas crianças de mães com 35 e mais anos de idade, esse risco foi de 40%, o que difere inicialmente dos resultados encontrados neste estudo.⁹

Outra pesquisa sobre mortalidade infantil revelou que o maior predomínio de crianças entre 28 e 364 dias foram na faixa etária materna de 20-29 anos.¹⁰ Outros autores também concluíram, em seus estudos sobre o perfil da mortalidade neonatal, que o

maior predomínio das mães estavam na faixa etária de 20-34 anos, correspondendo a 70,8 % da amostra (n= 24.061).¹¹ Uma pesquisa sobre o perfil e mortalidade infantil em Rondônia, na população indígena, demonstrou que a média de idade das mães registradas no SINASC foi de 24 anos (n=101.412).¹²

Com relação à escolaridade, prevaleceram as mães que possuíam entre oito e onze anos de estudo (50,98%). Uma pesquisa transversal realizada sobre o perfil da mortalidade infantil, no Mato Grosso do Sul, verificou que 26,8% das crianças que morreram eram filhas de mães com nenhum ou menos de quatro anos de estudo, enquanto que entre as sobreviventes, essa proporção foi inferior à metade (12,6%). Ao aumentar o grau de escolaridade materna (oito ou mais anos de estudo), observa-se maior proporção de crianças no grupo das sobreviventes.⁹

Este mesmo estudo realizado no Mato Grosso do Sul entre os anos de 2008 a 2010 evidenciou que a escolaridade materna menor que doze anos de estudo e a raça/cor preta/parda e indígena apresentaram associação com o óbito infantil por causas evitáveis, sendo o risco de morte onze vezes maior entre as crianças filhas de mães sem nenhum ano de estudo e, 1,5 e 4,7 maior para as crianças preta/pardas e indígenas, respectivamente.⁹

No que concerne à situação conjugal, a situação solteira foi a mais predominante, com 56,86% da amostra total. Uma pesquisa sobre perfil da mortalidade infantil em Rondônia mostrou que da variável estado civil foram identificados 4.180 registros (4,1%) sem informação por não preenchimento e/ou preenchimento inadequado. O estado civil “solteira” predominou entre as parturientes.

No que diz respeito à atividade laboral das mães, ficou

evidenciado pelo Quadro 1 que ocorreu maior predomínio nas mulheres do lar, correspondendo a 54,9% da amostra total.¹²

Um estudo sobre determinantes de mortalidade neonatal em Fortaleza encontrou informações divergentes por análise bivariada das variáveis socioeconômicas. A partir de um n=132, foi possível observar que a maioria das mães (50%) referiu não trabalhar, enquanto 40,1% disseram desenvolver outras atividades laborais.¹³ Outra pesquisa sobre determinantes de mortalidade neonatal realizada no Rio Grande do Sul também revelou como fator de risco para mortalidade neonatal a atividade ocupacional da mãe, que predominou em sua pesquisa com 59,66%.¹⁴

O Quadro 2 traz a descrição das variáveis relacionadas ao pré-natal e ao parto, em relação aos óbitos neonatais e pós-neonatais de residentes em Primavera do Leste – MT, entre os anos de 2008 a 2011.

Quadro 2 - Descrição das variáveis relacionadas ao pré-natal e ao parto, em relação aos óbitos neonatais e aos pós-neonatais de residentes em Primavera do Leste – MT, entre os anos de 2008 a 2011

Variável	Neonatal		Pós Neonatal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Número de Filhos Vivos						
0	7	20,00	6	37,50	13	25,49
1	16	45,71	2	12,50	18	35,29
2	6	17,14	2	12,50	8	15,69
3	4	11,43	5	31,25	9	17,65
4	1	2,86	1	6,25	2	3,92
5	1	2,86	0	-	1	1,96
Total	35	100,00	16	100,00	51	100,00
Número de Filhos Mortos	N	%	N	%	N	%
0	27	77,14	1	6,25	28	54,90
1	3	8,57	15	93,75	18	35,29
2	4	11,43	0	-	4	7,84
Não Informada/Registro Indisponível	1	2,86	0	-	1	1,96
Total	35	100,00	16	100,00	51	100,00
Tipo de Gravidez	N	%	N	%	N	%
Única	29	82,86	13	81,25	42	82,35
Dupla	5	14,29	1	6,25	6	11,76
Não Informada/Registro Indisponível	1	2,86	2	12,50	3	5,88
Total	35	100,00	16	100,00	51	100,00
Idade Gestacional (semanas)	N	%	N	%	N	%
Menos de 22 semanas	0	-	0	0	0	-
22 a 27	5	14,29	0	0	5	9,80
28 a 31	16	45,71	1	6,25	17	33,33
32 a 36	4	11,43	1	6,25	5	9,80
37 a 41	7	20,00	10	62,5	17	33,33
42 ou mais	1	2,86	4	25	5	9,80
Não Informada/Registro Indisponível	2	5,71	0	0	2	3,92
Total	35	100,00	16	100	51	100,00
Número de Consultas de PN	N	%	N	%	N	%
0	3	8,57	0	-	3	5,88
1 a 3	4	11,43	3	18,75	7	13,73
4 a 6	10	28,57	1	6,25	11	21,57
7 e mais	11	31,43	7	43,75	18	35,29
Não Informado/Indisponível	7	20,00	5	31,25	12	23,53
Total	35	100,00	16	100,00	51	100,00
Tipo de Parto	N.	%	N.	%	N.	%
Cesáreo	22	62,86	1	6,25	23	45,10
Vaginal	12	34,29	12	75,00	24	47,06
Não Informado	1	2,86	3	18,75	4	7,84
Total	35	100,00	16	100,00	51	100,00

Fonte: SIM/SINASC

De acordo com o Quadro 2, é possível observar que as mães com um filho vivo corresponderam ao maior número de injúrias (35,29%). Já aquelas mulheres com histórico progresso de filho morto foram as mais acometidas (54,9%). Um estudo sobre mortalidade realizado na fronteira do Mato Grosso do Sul corrobora os achados supracitados, revelando que crianças filhas de mães primíparas evidenciaram um efeito protetor para o óbito infantil por causas evitáveis, ou seja, o risco das mesmas morrerem por causas evitáveis foi menor em 30%, quando comparado ao de crianças filhas de mães, que já tiveram partos anteriores.⁹

Entretanto, outros pesquisadores como Gaiva, Bittencourt e Fujimori (2013) não encontraram diferenças estatísticas entre os óbitos precoces e tardios, no que diz respeito à característica sociodemográfica e gestacional¹⁵. Estudos em Porto Alegre demonstraram que a taxa de mortalidade infantil apresentou redução de caráter temporal e linear para os nascidos vivos entre os anos de 1996 a 2008. Em 1996, as primíparas apresentavam uma taxa de 14,51%, apresentando uma redução em 2008 para 9,22%.¹⁶ A gravidez única foi responsável por 82,35% dos registros no sistema.

A idade gestacional prevalente foi entre 28 a 31 semanas e 37 a 41 semanas. A duração da gestação mais frequente observada entre os nascidos vivos foi a termo (37-41 semanas). Para as crianças que faleceram entre 28 e 364 dias de vida, observou-se uma frequência muito mais elevada, cerca de quatro vezes maior, de recém-nascidos pré-termo (menos de 37 semanas). Ainda quanto às crianças que faleceram, a média de idade gestacional foi de 34,6 semanas e a mediana 39 semanas.¹⁰ Estes achados condizem com pesquisas realizadas

no Rio Grande do Sul sobre determinantes de mortalidade neonatal, que também apontaram para uma maior taxa de óbito (70,8%) em gestantes, que apresentaram uma idade gestacional inferior a 37 semanas.¹⁴

No que tange ao número de consultas, a presente pesquisa traz que 35,29% das gestantes realizaram mais de sete consultas de pré-natal, o que vêm ao encontro das recomendações ministeriais e das organizações internacionais de saúde. Entretanto, é necessário ressaltar a ambiguidade existente entre o número de consultas e a ocorrência dos óbitos. Um trabalho realizado em um município do Estado de São Paulo encontrou um resultado discretamente inferior ao descrito anteriormente: 34,5% foram as mães que realizaram entre 4 e 6 consultas de pré-natal, associado a um maior número de crianças que nasceram antes de 37 semanas (41,1%). Este resultado reforça a importância de se fazer as consultas preconizadas, a fim de reduzir as taxas de morbimortalidade neonatal e pós-neonatal.¹⁰

Com relação ao tipo, a via vaginal registrou no sistema 47,06% dos casos ocorridos. Pesquisas realizadas sobre tendências de mortalidade infantil também encontrando este predomínio, demonstrando que 59,7% das gestantes tiveram os seus filhos por este modo (n=265.238).¹⁶ O Quadro 3 evidencia os aspectos relacionados aos recém-nascidos resultantes em óbito neonatal e pós-neonatal residentes em Primavera do Leste – MT, entre os anos de 2008 a 2011. Quanto à variável peso ao nascer, no período analisado, em Primavera do Leste, prevaleceram (43,14%) os óbitos de crianças nascidas com o peso entre 1 e 2,4 quilos.

Quadro 3 - Descrição dos aspectos relacionados aos recém-nascidos resultantes em óbito neonatal e pós-neonatal residentes em Primavera do Leste – MT, entre os anos de 2008 a 2011

Continua...

Variável	Neonatal		Pós Neonatal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Peso ao Nascer						
101 g <500g	1	2,86	0	-	1	1,96
501g a <1Kg	8	22,86	1	6,25	9	17,65
1Kg a 1,4Kg	11	31,43	0	-	11	21,57
1,5Kg a 2,4Kg	6	17,14	5	31,25	11	21,57
2,5Kg a 2,9Kg	3	8,57	1	6,25	4	7,84
3Kg a 3,9Kg	5	14,29	5	31,25	10	19,61
4Kg e mais	0	-	1	6,25	1	1,96
Não Informada/Registro Indisponível	1	2,86	3	18,75	4	7,84
Total	35	100,00	16	100,00	51	100,00
Sexo	N.	%	N.	%	N.	%
Masculino	19	54,29	9	56,25	28	54,90
Feminino	12	34,29	7	43,75	19	37,25
Não Informado/Registro Indisponível	4	11,43	0	-	4	7,84
Total	35	100,00	16	100,00	51	100,00
Raça	N	%	N	%	N	%
Branca	4	11,43	1	6,25	5	9,80
Parda	18	51,43	6	37,50	24	47,06
Indígena	1	2,86	1	6,25	2	3,92
Não Informado/Registro Indisponível	12	34,29	8	50,00	20	39,22
Total	35	100,00	16	100,00	51	100,00
Índice de Apgar após 5 minutos	N	%	N	%	N	%
Até 7	12	34,29	1	6,25	13	25,49
De 7 a 10	16	45,71	9	56,25	25	49,02

Variável	Neonatal		Pós Neonatal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Peso ao Nascer						
Não Informado/Registro Indisponível	7	20,00	6	37,50	13	25,49
Total	35	100,00	16	100,00	51	100,00
Causas Determinantes Óbito	N	%	N	%	N	%
Doenças infec intest	0	-	1	6,25	1	1,96
Septicemia	0	-	1	6,25	1	1,96
Pneumonias	0	-	2	12,50	2	3,92
Outras doenças pulmão	0	-	1	6,25	1	1,96
Insuficiência renal	0	-	1	6,25	1	1,96
Anom congênitas sist.. nervoso	4	11,43	1	6,25	5	9,80
Anom congênitas coração o e circulação	0	-	3	18,75	3	5,88
Anom congênita ap. digestivo	2	5,71	0	-	2	3,92
Demais anomalias congênitas	3	8,57	1	6,25	4	7,84
Mal definidas	0	-	1	6,25	1	1,96
Outros acidentes	0	-	1	6,25	1	1,96
Demais causas de morte	0	-	3	18,75	3	5,88
Prematuridade	5	14,29	0	-	5	9,80
Afecções respiratórias RN	3	8,57	0	-	3	5,88
Demais causas perinatais	10	28,57	0	-	10	19,61
Infec. Espec. período perinatal	2	5,71	0	-	2	3,92
D. membrana hialina	6	17,14	0	-	6	11,76
Total	35	100,00	16	100,00	51	100,00

Fonte: SIM/SINASC

Foram observados em estudos sobre mortalidade infantil, que 67,8% dos óbitos ocorreram no período neonatal precoce, dos quais 76,3% apresentaram peso inferior a 2.500g e 22,5%, muito baixo peso ao nascer. Dos óbitos neonatais tardios, 73,7% eram crianças nascidas com baixo peso e 47,4%, com muito baixo peso.¹⁴

Concernente ao sexo, o gênero masculino foi o mais acometido (54,9%), associado a um maior comprometimento de recém-nascidos da cor parda (47,6%) e Apgar entre 7 a 10 (49,02%). Revelou-se em um estudo no ano de 2013 sobre o perfil de óbito materno, que não houve diferença estatística no perfil dos recém-nascidos, que foram a óbito no período neonatal, precoce ou tardio. Entretanto, morreram mais do sexo masculino (61,0%) e sobressaiu elevado percentual de prematuridade (75,3%) e baixo peso (72,7%), além de recém-nascidos com Apgar < 7 no 1º minuto, principalmente, entre aqueles que foram a óbito no período neonatal precoce.¹⁵ Resultados estes também encontrados em outra pesquisa sobre mortalidade, que encontrou um maior predomínio de óbitos no sexo masculino (51,41%).¹⁴

No que diz respeito às principais causas de óbitos, as causas perinatais, sem especificação, corresponderam a 19,61% dos casos totais. Apresentam-se as causas básicas de óbitos infantis passíveis de prevenção e/ou redução por ações adequadas de atenção para a mulher na gestação, em que se destaca a maior incidência dos óbitos de recém-nascidos afetados por transtornos maternos hipertensivos (22,6%).⁹ Entretanto, os óbitos por demais causas também apresentaram 22,6% da amostra. Ressalta ainda que a frequência e proporção das causas básicas de óbitos infantis reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido nos municípios da Faixa de Fronteira, Mato Grosso do Sul no ano de 2010 por demais causas representou 37,6% do total da amostra.

No que concerne aos indicadores de mortalidade materna, inicialmente, foram extraídos os dados referentes aos óbitos maternos declarados. Segundo os registros do SIM, entre os anos de 2008 e 2011, foram registrados quatro óbitos maternos declarados entre mulheres residentes do município de Primavera do Leste. Destes, três (75%) estão registrados como tendo sido investigados (Quadro 4).

Quadro 4 - Descrição da Mortalidade Materna no município de Primavera do Leste – MT, entre os anos de 2008 a 2011 de acordo com as variáveis socioeconômicas e clínicas. Brasil, 2014

Variável	N (4)	
	N	%
Idade		
20 a 30 anos	3	75,00
30 a 40 anos	1	25,00
Raça	N	%
Preta	1	25,00
Branca	1	25,00
Parda	2	50,00
Situação Conjugal	N	%
Solteira	1	25,00
União Estável	3	75,00
Ocorrência do Óbito	N	%
Parto	1	25,00
Puerpério	2	50,00
Puerpério Tardio	1	25,00
Ocupação	N	%
Dona de casa	3	75,00
Vendedora	1	25,00
Causa Básica do Óbito	N	%
Embolia	1	25,00
Cardiomiopatia	1	25,00
Infecção Renal	1	25,00
Infecções Comuns à gestação	1	25,00

Fonte: SIM

Observa-se que os óbitos ocorridos no período do estudo foram mais prevalentes em mulheres com idade inferior a 30 anos, cor parda e com união estável. O comprometimento

da faixa etária jovem é preocupante, considerando que neste período de vida as mulheres se encontram em condições naturais de desenvolver um processo de gestação dentro dos parâmetros fisiológicos aceitos.

Estudos sobre a mortalidade materna no Piauí, demonstraram que, dos 70 óbitos ocorridos no período de 2002 a 2011, 38,5% ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos.¹⁷ Outros autores também corroboram esta condição, revelando em seus estudos sobre os óbitos maternos que a maioria dos óbitos ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos, 28 (50,0%) (média: 27,7; DP: 6,6 anos). Ressaltam ainda que a maior parte dos óbitos ocorreram em mulheres pardas 35 (62,5%), que viviam com o companheiro 30 (53,6%) e que não possuíam convênio de saúde 33 (58,9%).¹⁹

Estudos sobre a evolução temporal da morte materna no Rio Grande do Sul trazem que as mulheres de cor branca foram aquelas que apresentaram maior e crescente Razão de Mortalidade Materna (RMM) ao longo do período; em 2008 a RMM atingiu 44,4 em 100 mil nascidos vivos. Nas mulheres de cor preta e parda houve oscilação nas RMM ao longo dos anos.¹⁸ Na análise das variáveis obstétricas, o predomínio das mortes maternas foi observado no período “durante a gravidez, parto ou aborto” e “puerpério até 42 dias após o nascimento do bebê”. Ressalta-se o aumento dos óbitos na categoria “período do puerpério de 43 dias a um ano”, a partir de 2005.¹⁸

Dentre os óbitos classificados como obstétricos diretos, as principais causas foram Eclâmpsia e Pré-Eclâmpsia/Doença Hipertensiva Específica da Gestação (50,0%) e o aborto (16,7%). Nos óbitos obstétricos indiretos prevaleceram as doenças infecciosas e parasitárias (28,1%), doenças do aparelho respiratório (21,9%) e do aparelho circulatório (12,5%).¹⁹ Ao realizar a extração de registros de óbitos de mulher em idade fértil residentes em Primavera do Leste, no período analisado, foram encontrados 79 registros (Quadro 5).

Quadro 5 - Descrição da Mortalidade Materna e em Mulheres em Idade Fértil no município de Primavera do Leste – MT, entre os anos de 2008 a 2011. Brasil, 2014

Óbitos de Mulheres em Idade Fértil	Ocorrências		Investigações	
	N.	%	N.	%
Causa Básica Presumível de Morte Materna	11	13,92	9	81,82
Causa Básica Não Presumível de Morte Materna	68	86,08	58	85,29
Total	79	100,00	67	84,81

Fonte: SIM

Tal resultado, mais uma vez mostra inconsistência entre os bancos de dados oficiais no momento da pesquisa, pois este número difere dos 83 óbitos informados pelo DATASUS. Não foi possível fazer a comparação quantitativa com o SISPACTO, pois o indicador se refere não ao número absoluto de óbitos e sim à porcentagem de investigação dos mesmos. Ainda assim, as discordâncias são evidentes visto que, segundo os dados disponíveis no SISPACTO, a porcentagem

média de óbitos investigados no período em questão é de 72,15%. Diferente dos 84,81% (67 óbitos) registrados no SIM. Dentre os 79 registros de óbitos em mulheres de idade fértil foram possíveis filtrar os óbitos, cuja causa básica declarada não foi presumível de morte materna, o que totalizou 68 (86,08%) registros, tendo sido 58 (85,29%) investigados. Os onze registros de óbito com causa básica presumível de morte materna representam 13,92% dos registros de óbito de mulheres em idade fértil. Dentre estes onze foram investigados nove (81,82%) óbitos.

Dessa forma, reduzir o viés operacional na digitação destes dados se torna importante em nível municipal, considerando que obter informações fidedignas é uma ferramenta de planejamento indispensável para a gestão e as equipes técnicas. O sub-registro limita o conhecimento da magnitude da ocorrência de mortes maternas, comprometendo o desenvolvimento, implementação e avaliação de ações para reduzir a ocorrência das mortes.²⁰

4 Conclusão

O Pacto pela Saúde, com destaque ao Pacto pela Vida, com certeza, representa um dos grandes avanços dentro do processo assistencial no Brasil. Estes compromissos assumidos de forma tripartite e quantitativa personificam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, concretizados a partir da quebra dos paradigmas pregressos, que focalizavam as ações centralizadas e não hierarquizadas. Ressalta-se, também, que Primavera do Leste é referência em saúde para alguns municípios vizinhos, o que pode apresentar um incremento estatístico destes indicadores dentro do Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Embora a maioria dos achados tenha sido corroborada pela literatura atual, alguns resultados apresentaram divergência no que tange à prevalência destes indicadores. A considerar o perfil socioeconômico e demográfico do município analisado, estas diferenças se apresentam epidemiologicamente aceitáveis.

Concernente às suas obrigações legais frente ao Ministério, espera-se que o município, através de seus gestores atuais e futuros, possam manter uma postura firme com relação à importância destes instrumentos dentro da Gestão do SUS, tendo a sensibilidade de designar profissionais competentes para assumir as equipes técnicas e lançar mão da capacitação, inclusive por meio da Educação Permanente em Saúde, de todos os profissionais de saúde, que atuam, diretamente, nos três níveis assistenciais, com o foco nas Estratégias da Saúde da Família, respeitando assim a visão de prevenção e promoção à saúde.

Referências

1. Finkelman J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
2. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contexto e autores. Hist

- Ciênc Saúde – Manguinhos 2014;21(1):15-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.
3. Ianni AMZ, Monteiro PHN, Alves OSF, Moraes MLS, Barboza R. Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012;28(5):925-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500011>
 4. Magalhães ACF, Ferreira AL, Correa LP, Rodrigues MC, Viegas SMF. Indicadores de saúde e qualidade de vida no contexto da atenção primária à saúde. *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro* 2012;2(1):31-42.
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. [acesso em 10 out 2016]. Disponível em <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>
 6. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2014. [acesso em 10 out 2016]. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=510704&idtema=119&search=mato-grosso%7Cprimavera-doleste%7Cestimativa-da-populacao-2014>.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal. Brasília: MS; 2012.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Instrutivo dos Indicadores Para a Pactuação Unificada - 2009. Brasília: MS; 2009.
 9. Marques P.S. Mortalidade infantil evitável nos municípios da Faixa de Fronteira de Mato Grosso do Sul, 2008 a 2010. Dissertação. [Mestrado em Saúde Pública] - ENSP-FIOCRUZ; 2012.
 10. Rodrigues CL Mortalidade infantil tardia na região da Capela do Socorro, São Paulo, 2007 a 2009. Dissertação. [Mestrado em Saúde Pública] – Faculdade de Saúde Pública; 2010.
 11. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho M.L, *et al*. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública* 2014;30:192-207. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>
 12. Alves C.G. Perfil de Nascidos Vivos e Mortalidade Infantil de Rondônia, com base nos dados provenientes do SINASC e do SIM, com enfoque na população indígena, 2006-2009. Dissertação [Mestrado em Saúde] - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2012.
 13. Nascimento RM, Leite AJM, Almeida NMGS, Almeida PC, Silva CF. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012;28(3):559-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300016>
 14. Zanini RR. Determinantes contextuais da mortalidade neonatal no Rio Grande do Sul por dois modelos de análise. *Rev Saúde Pública* 2011;45(1):79-89. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100009>
 15. Gaiva MAM, Bittencourt R.M, Fujimori E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. *Rev Gaúcha Enferm* 2013;34(4):91-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000400012>
 16. Hernandez AR, Silva CH, Agranonik M, Quadros FM, Goldani MZ. Análise de tendências das taxas de mortalidade infantil e de seus fatores de risco na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 1996 a 2008. *Cad Saúde Pública* 2011;27(11):2188-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100012>
 17. Carvalho MVP, Silva T.M.P, Soares NS, Carvalho ML, Ferreira AKA, Sousa AFL. Mortalidade materna na capital do Piauí. *Rev Interdiscip* 2014;7(3):17-27.
 18. Carreno I, Bonilha ALL, Costa JSD. Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna. *Rev Saúde Pública* 2014;48(4):662-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005220>
 19. Áfio ACE. Óbitos maternos: necessidade de repensar estratégias de enfrentamento. *Rev Rede Enferm Nordeste* 2014;15(4):631-8. doi: 10.15253/2175-6783.2014000400010
 20. Gil MM, Gomes-Sponholz FA. Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. *Rev Bras Enferm* 2013;66(3):333-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300005>