

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE –  
FANESE  
NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA

**GLAUCO PACÍFICO DOS SANTOS**

**EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E  
COMPONENTES NEONATAL E  
PÓS-NEONATAL, 2000-2005, EM TOBIAS BARRETO, SERGIPE**

ARACAJU – SE  
2014

**GLAUCO PACÍFICO DOS SANTOS**

**EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E COMPONENTES  
NEONATAL E  
PÓS-NEONATAL, 2000-2005, EM TOBIAS BARRETO,  
SERGIPE.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Núcleo de Pós-  
Graduação e Extensão da FANESE,  
como requisito para obtenção do título  
de Especialista em Gestão da Saúde  
Pública e da Família.

ARACAJU-SE  
2014

**GLAUCO PACÍFICO DOS SANTOS**

**EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E COMPONENTES  
NEONATAL E  
PÓS-NEONATAL, 2000-2005, EM TOBIAS BARRETO,  
SERGIPE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão da FANESE, como requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde Pública e da Família.

---

Nome Completo do Avaliador

---

Nome Completo do Coordenador do Curso

---

Glauco Pacífico dos Santos

Aprovado com média: \_\_\_\_\_

Aracaju (SE), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

## RESUMO

A taxa de mortalidade infantil tem sido universalmente utilizada como um índice sintetizador de desenvolvimento. A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Este estudo analisa a evolução temporal da mortalidade infantil em Tobias Barreto – Sergipe, entre 2000 e 2005. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e ecológico utilizando para tal dados secundários provenientes dos Sistemas de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Foi realizado um linkage entre os respectivos bancos de dados. Os coeficientes de mortalidade infantil registrados no período da pesquisa apresentaram-se compatíveis com os valores registrados para o Estado de Sergipe, Região Nordeste e Brasil no mesmo período. A taxa de mortalidade infantil foi considerada como média e com valores menores quando comparada com o Estado de Sergipe. Evidenciou-se a maior predominância de valores de coeficientes de mortalidade infantil abaixo do nível 19 em Tobias Barreto, antecipadamente menor que o valor vivenciado no Brasil em 2009 correspondente a 19,3/1000 nascidos vivos. Verificou-se como principal causa dos óbitos infantis em Tobias Barreto, no período estudado, as anomalias congênitas. Este estudo possibilitará um adequado planejamento, subsidiando assim processos de avaliação e gestão de políticas e ações de saúde direcionadas para a assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

**Palavras-chave: Vigilância Epidemiológica; Mortalidade Infantil; Óbito Infantil.**

## **ABSTRACT**

The infant mortality rate has been universally used as an index synthesizer development. The reduction of infant mortality is still a challenge for health services and society as a whole. This study analyzes trends in infant mortality in Tobias Barreto - Sergipe, between 2000 and 2005. This is a descriptive, exploratory ecological and using such secondary data from the Information Systems (SINASC) and Information System (SIM). We conducted a linkage between their respective databases. The infant mortality rate recorded during the study were compatible with the values recorded for the state of Sergipe, Northeast Brazil and in the same period. The infant mortality rate was considered medium and lower values when compared with the state of Sergipe. Evidenced the predominance of values of infant mortality rates below 19 in Tobias Barreto, advance less than the value experienced in Brazil in 2009 of 19.3 / 1,000 live births. It was a major cause of infant deaths in Tobias Barreto, the study period, congenital anomalies. This study will enable an appropriate planning to subsidize this process of evaluation and management of policies and actions directed to the health prenatal care, childbirth and newborn.

**Key-words: Health Monitoring of Death.**

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 – Número de óbitos em menores de 01 ano, óbitos neonatal e pós-neonatal (números absolutos e percentuais), SIM-Tobias Barreto, 2000 a 2005 (p.16).

TABELA 2 – Evolução da mortalidade infantil (0 a menor de 1ano de idade) por grupos de causas mais freqüentes (números absolutos e percentuais) no município de Tobias Barreto, 2000-2005 (p.20).

## **LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1 – Evolução Temporal do Coeficiente de Mortalidade Infantil por anos em Tobias Barreto-Sergipe, 2000 a 2005 (p.17).

GRÁFICO 2 – Evolução da Taxa da Mortalidade Infantil no Brasil, Região Nordeste, Sergipe, Tobias Barreto, 2000 a 2005 (p.18).

GRÁFICO 3 – Evolução de óbitos em menores de 01ano, neonatal e pós-neonatal com respectivas médias móveis (números absolutos), Tobias Barreto-Sergipe, 2000-2005 (p.19).

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>3 RELEVÂNCIA .....</b>	<b>13</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
4.1 OBJETIVO GERAL .....	14
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
<b>5 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>15</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>16</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O nível de qualidade de vida de uma sociedade é difícil de ser mensurado em sua totalidade. Porém pode ser avaliado por meio de indicadores em determinadas áreas consideradas como componentes essenciais para delinear o quadro de bem-estar social de uma população. Para Laurent 1985, dentre os indicadores, o mais tradicional é o coeficiente de mortalidade infantil. Por ser, reconhecidamente, aquele que expressa não só o nível de saúde de uma sociedade, mas também o seu padrão sócio-econômico, tem sido universalmente utilizado como um índice sintetizador de desenvolvimento.

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Faz parte das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário, para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à discriminação contra a mulher, visando o alcance de patamares mais dignos de vida para a população, uma vez que a mortalidade infantil reflete as condições de vida da sociedade (UNITED NATIONS, 2000).

O Brasil vem avançando na redução da mortalidade infantil, mas ainda é preciso grande esforço para enfrentar as diferenças regionais e alcançar patamares aceitáveis. A relevância do tema faz com que a redução da mortalidade infantil na Região Nordeste e Amazônia Legal seja uma das quatro prioridades estipuladas pelo governo federal como estratégia de redução das desigualdades regionais no País. A mobilização não só do governo, mas de toda a sociedade e de cada cidadão é importante para consolidar essa redução, num movimento em defesa da vida (BRASIL. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009).

A mortalidade infantil é classicamente dividida em dois componentes: o neonatal, que estima o risco de óbito nos primeiros 28 dias de vida e o pós-neonatal, que estima o risco de óbito entre 29 dias de vida até o final do primeiro ano de vida. Enquanto a mortalidade neonatal está intrinsecamente relacionada às condições de gestação, do parto e da própria integridade física da criança, a mortalidade pós-neonatal está mais associada às condições socioeconômicas e do meio ambiente, com predomínio das causas infecciosas.

Apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação da Saúde Pública. Os níveis atuais são considerados elevados e

incompatíveis com o desenvolvimento do País, além de que há sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e intra-urbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos. A taxa atual (19,3/1000 nascidos vivos) é semelhante a dos países desenvolvidos no final da década de 60, e cerca de três a seis vezes maior do que a de países como o Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica, que apresentam taxas entre 3 e 10/1000 nascidos vivos (BRASIL, 2008). Esses países conseguiram uma redução simultânea da mortalidade pós-neonatal e neonatal, enquanto no Brasil não houve mudança significativa do componente neonatal nas últimas décadas.

Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009, p.7).

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) representa a probabilidade de uma criança vir a falecer antes do seu primeiro aniversário. Classicamente, este coeficiente tem sido dividido em dois componentes: neonatal, que estima o risco de óbito nos primeiros 27 dias de vida, e o pós-neonatal, que mede o risco de óbito entre o 28º dia de vida e o final do primeiro ano de vida.

A taxa de mortalidade infantil serve para analisar variações geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais. É fundamental realizar comparações com outras localidades e/ou ao longo do tempo. Este indicador também é utilizado para contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população e para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008, p.108).

No Brasil, para o cálculo do CMI, são utilizadas as estatísticas de óbitos do Registro Civil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Entretanto, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste, vários estudos têm apontado dificuldades na utilização destes dados,

tendo em vista a baixa cobertura (captação e regularidade) e qualidade das informações (PAES; ALBUQUERQUE, 1999; SZWARCOWALD, et al 1997).

De acordo com a Portaria GM nº 116 (BRASIL, 2009), de 11 de fevereiro de 2009, em seu artigo 1º, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) compõe o conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre os óbitos ocorridos no País. Enquanto que o artigo 2º regulamenta que o conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre nascidos vivos ocorridos no País compõe o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

No que diz respeito à mortalidade neonatal, esta tem se configurado como crescente preocupação para a saúde pública no Brasil desde os anos 90, quando passou a ser o principal componente da mortalidade infantil, em decorrência da redução mais acentuada da mortalidade pós-neonatal. A taxa de mortalidade neonatal vem se mantendo estabilizada em níveis elevados, com pouca modificação do componente neonatal precoce, ocupando papel importante na taxa de mortalidade infantil no país (LILJESTRAND,1999; MARANHÃO, et al 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998. SZWARCOWALD, et al 1997).

No cenário de declínio da mortalidade infantil em nosso país, pesquisas revelam que a maior concentração dos óbitos ocorre no período neonatal, considerado o principal componente da mortalidade infantil, tendo em vista a redução acentuada dos óbitos pós-neonatais, aproximando os nossos índices do perfil epidemiológico dos países desenvolvidos, onde as causas perinatais respondem por cerca de 2/3 dos óbitos em menores de um ano de idade (AERTS,1997, p. 364).

Sabe-se que, à medida que são reduzidas as mortes no período neonatal tardio, há uma concentração de óbitos na primeira semana e predominantemente nas primeiras horas de vida, estabelecendo-se uma relação cada vez mais estreita com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o período pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e berçário (LAURENTI; BUCHALLA, 1997; LEAL; SZWARCOWALD, 1997; LEITE et al,1997).

A vigilância da mortalidade infantil é uma das prioridades do Ministério da Saúde. Contribui para o cumprimento dos compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro em defesa da criança, tais como o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio Número Quatro, que tem como

meta a redução em dois terços, entre 1990 e 2015, da mortalidade de crianças menores de cinco anos; o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; o Pacto pela Vida e, mais recentemente, o Programa Mais Saúde. A vigilância dessas mortes é uma importante estratégia de redução da mortalidade infantil, que dá visibilidade às elevadas taxas de mortalidade no País, contribui para melhorar o registro dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Para Brasil 2009, a proporção de óbitos infantis investigados no País ainda é baixa, em especial nos estados das regiões Norte e Nordeste, sendo necessário o esforço dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal – para que a investigação dos óbitos seja efetivamente implementada, com vistas a reduzir a mortalidade infantil.

A Portaria GM nº 1172 de 15 de junho de 2004 preconiza que é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a “*vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna*”, e dos Estados, “de forma complementar a atuação dos municípios”. Portanto, as secretarias de saúde devem designar uma equipe de vigilância epidemiológica de óbitos de referência do município e do estado (BRASIL, 2009).

Salienta-se que a equipe de vigilância de óbitos, a ser designada pelo gestor, tem um conceito amplo e flexível, adequado ao contexto local. A equipe do município pode ser complementada por outros profissionais de saúde como os técnicos do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) ou da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), dentre outros. De acordo com a historicidade e a realidade local, a equipe pode ser constituída pelo próprio Comitê Municipal (BRASIL, 2009).

A equipe de vigilância de óbitos de referência do município, qualquer que seja sua composição, deve estar articulada com os Comitês Regionais ou Estaduais. Ressalta-se a importância da participação integrada dos setores de vigilância epidemiológica e dos setores responsáveis pela assistência à saúde (atenção básica, secundária e terciária), bem como dos Comitês e NHE, uma vez que os objetivos principais do trabalho não se restringem à melhoria das estatísticas vitais, mas também à qualidade e organização do cuidado à saúde (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde apresenta a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil para a organização de uma rede integrada de

assistência à criança, através da linha de cuidado integral da saúde da criança, com identificação de ações prioritárias, tais como: a assistência à criança, que contemple desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas até o nível mais complexo da assistência. Dentre os principais eixos de ação estão o nascimento saudável com a atenção desde a concepção até atendimento ao pré-natal, parto e puerpério e a primeira semana “saúde integral” intensificando o cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto, período em que se concentram os óbitos, além do seguimento da criança até os 10 anos de idade ( BRASIL, DATASUS, 2004).

## **02 JUSTIFICATIVA**

A taxa de mortalidade infantil é um indicador de saúde que reflete o nível sócio-econômico de uma população identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais que possam propiciar um adequado planejamento, subsidiando assim processos de avaliação e gestão de políticas e ações de saúde direcionadas para a assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, justificando-se desse modo, a realização desse estudo.

### **03 RELEVÂNCIA**

Trata-se então de uma causa de óbito vinculada a fatores preveníveis, que ainda assume magnitude expressiva nas sociedades. Tendo em vista que persistem diferenças substanciais e preocupantes nas taxas de mortalidade infantil entre grupos populacionais relacionadas a fatores ambientais e sócio-econômicos, bem como em virtude de a taxa de mortalidade infantil ainda assumir níveis elevados compreender melhor o processo que determina o óbito infantil é uma necessidade urgente e um compromisso ético.

## **04 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

- Conhecer a evolução temporal da mortalidade infantil em Tobias Barreto – Sergipe no período de 2000 a 2005.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar o comportamento e a tendência da mortalidade infantil e seus componentes em Tobias Barreto, comparando-a com o Estado de Sergipe, com a Região Nordeste e o Brasil no período de 2000 a 2005.
- Conhecer e categorizar as causas básicas dos óbitos infantis em Tobias Barreto no período em Estudo.

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de evolução temporal, descritivo e ecológico da mortalidade infantil entre os anos de 2000 a 2005, realizado no Município de Tobias Barreto situado na região sudoeste (semi-árido) do Estado de Sergipe a 127 Km da capital Aracaju. O município é o 2º mais extenso do Estado ocupando uma área de 1033 Km<sup>2</sup>, configurando-se como o 7º município mais populoso dentre os 75 municípios e com um índice de desenvolvimento humano municipal de 0,557, tendo como valor médio total de rendimento mensal domiciliar per capita nominal o valor de R\$ 300,00, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010.

O recorte temporal ora selecionado e investigado foi determinado em razão da inexistência de dados completos e/ou parciais para outros períodos.

Os dados sobre os óbitos referentes ao período 2000 a 2005 foram provenientes das informações do número total de óbitos menores de um ano residentes neste estado no período acima referido, a partir dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, DATASUS, Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

Para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Infantil – CMI - (quociente entre o número de óbito em menores de um ano de idade e o total de nascidos vivos em um intervalo de tempo, expresso por mil nascidos vivos), foi utilizada a população de menores de um ano de idade, obtida a partir do DATASUS em 2009.

Foram elaboradas curvas de evolução da mortalidade infantil e seus componentes neonatal e pós-neonatal com dados brutos, coeficientes de mortalidade infantil (cálculo direto) e as respectivas médias móveis na tentativa de ajustamento da evolução dos óbitos, a fim de se minimizar os efeitos de variações observadas 16. Além disso, descreveu-se a evolução dos óbitos infantis e seus componentes, segundo grupos de causas mais frequentes observadas no período.

O processamento dos dados foi efetuado pelos programas Tabwin, Tabnet e Excel 1998, sendo a análise realizada a partir da comparação da magnitude dos indicadores de mortalidade infantil bem como pela inspeção visual da sua representação gráfica. Procurou-se suavizar as variações observadas na curva de evolução temporal dessa mortalidade por intermédio da técnica estatística das médias móveis trabalhadas para duas casas decimais.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com relação às frequências absolutas dos óbitos infantis foi constatada a ocorrência de flutuações distintas ao longo da série, com variação de 37 a 12 óbitos, no período 2000 a 2005, apresentando valor atípico no ano de 2001, 37 óbitos. Observou-se ainda com estes resultados, que, excetuando-se os anos de 2000 e 2001, houve a predominância dos óbitos neonatais, ratificando os achados científicos de que o componente neonatal se configura em nações não desenvolvidas como o principal componente da mortalidade infantil (Tabela 1).

**Tabela 1.** Número de óbitos em menores de 01 ano, óbitos neonatal e pós-neonatal (números absolutos e percentuais), SIM-Tobias Barreto, 2000 a 2005.

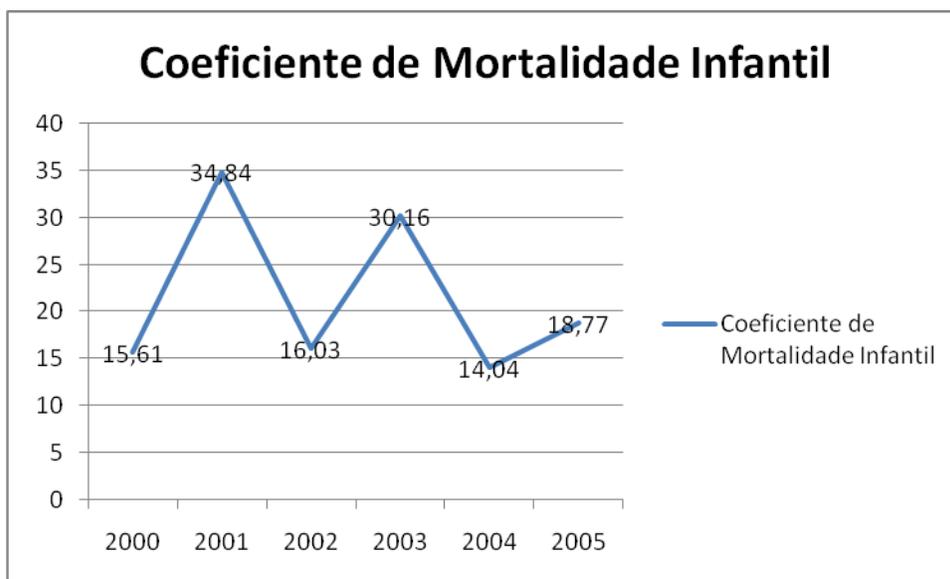
	Nº de óbitos em menores de 01 ano	Nº de óbitos Neonatais	%	Nº de óbitos pós-neonatais	%
2000	18	9	50	9	50
2001	37	15	40,5	22	59,5
2002	15	8	53,3	7	46,7
2003	26	14	53,9	12	46,1
2004	12	8	66,6	4	33,4
2005	15	9	60	6	40

Fonte: Datasus, 2010

No gráfico 01, demonstra-se a evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) no Município de Tobias Barreto – Sergipe. De acordo com os resultados obtidos, no período de 2000 a 2005, o CMI apresentou oscilações atípicas para os anos de 2000 e 2001, sendo aquele o que se verifica o maior coeficiente de mortalidade infantil (34,84) do período em estudo. Percebe-se no gráfico que o menor valor registrado no intervalo município ocorreu em 2004 (14,04), apresentando-se os demais períodos analisados entre os valores de 15,61 e 18,77. Desta situação evidencia-se a maior predominância de valores de coeficientes de mortalidade infantil

abaixo do nível 19 em Tobias Barreto, antecipadamente menor que o valor vivenciado no Brasil em 2009 correspondente a 19,3/1000 nascidos vivos, de acordo com Lansky et al, 2009.

**Gráfico 1** – Evolução Temporal do Coeficiente de Mortalidade Infantil por anos em Tobias Barreto-Sergipe, 2000 a 2005.



Fonte: DATASUS, 2010

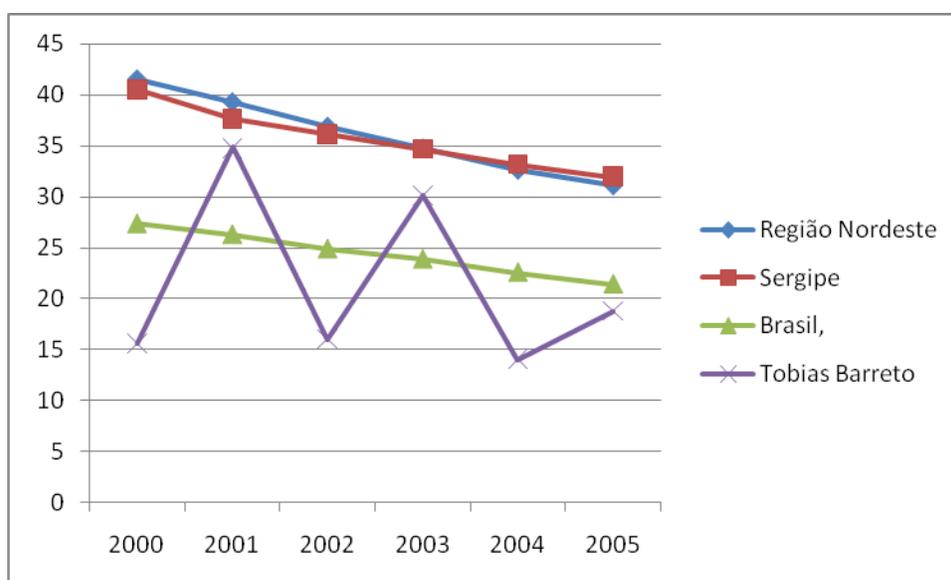
Apesar de se configurarem elevados em comparação aos países desenvolvidos, os coeficientes de mortalidade infantil registrados no período da pesquisa apresentam-se compatíveis com os valores registrados para o Estado de Sergipe, Região Nordeste e Brasil no mesmo período, estando, ainda, por 03 anos (2000, 2002 e 2004) mais baixo que os demais citados (Gráfico 2). Diante de tal achado ratifica-se a importância das intervenções dirigidas à redução da mortalidade infantil representadas pelas mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde, uma vez que os óbitos infantis podem ser considerados evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde.

É relevante salientar que a redução da mortalidade infantil em Sergipe deu-se, principalmente, em virtude da melhoria na assistência ao parto e pós-parto, a implementação da maternidade de referência a partos de alto risco, ao aumento do número de leitos de UTI

neonatal, incremento de equipe de obstetrícia e reorganização dos processos e fluxos de trabalho, bem como a melhoria do acesso das gestantes às consultas do pré-natal.

No gráfico 02, os resultados encontrados, permitem classificar o Estado de Sergipe com um médio Coeficiente de Mortalidade Infantil, segundo RIPSA, 2008, fato favorável ao município de Tobias Barreto que apresenta menores taxas de mortalidade.

**Gráfico 2** - Evolução da Taxa da Mortalidade Infantil no Brasil, Região Nordeste, Sergipe, Tobias Barreto, 2000 a 2005

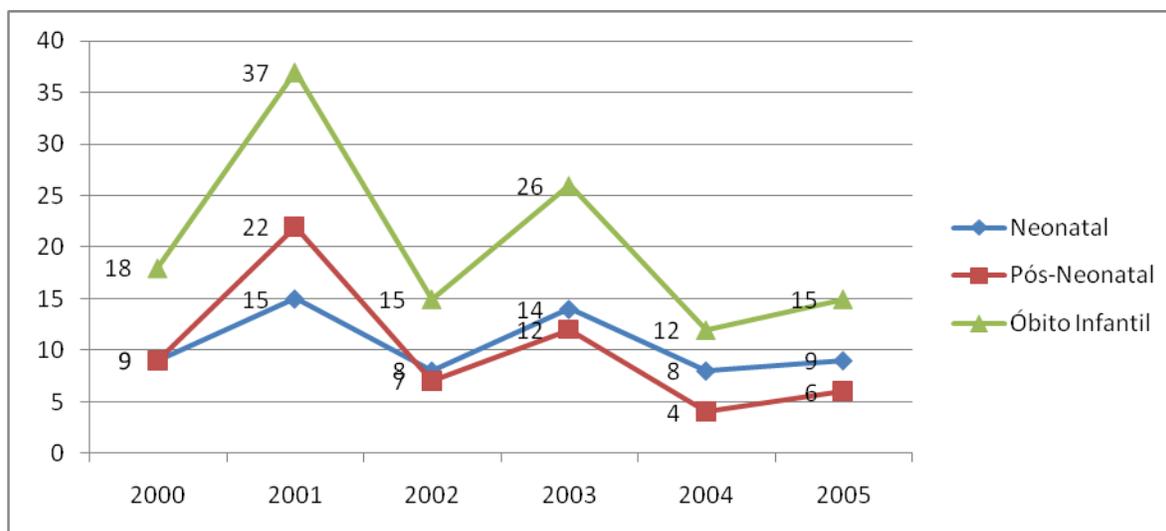


Fonte: DATASUS, 2010

Quanto aos componentes neonatal e pós-neonatal (gráfico 03), nestes observamos comportamento semelhante ao CMI, com oscilações atípicas nos anos de 2001 e 2003. Apesar das condições de vida desfavoráveis, a mortalidade infantil em geral em Tobias Barreto — neonatal e pós-neonatal — tem apresentado equilíbrio no número de óbitos infantis com tendência a decrescer nos anos estudados.

O gráfico 03 demonstra o maior predomínio de óbitos neonatais. Achado que reforça a importância de uma assistência pré-natal adequada e maternidades com estrutura física satisfatória e profissionais capacitados em quantitativo preconizado pelo Ministério da Saúde.

**Gráfico 3** – Evolução de óbitos em menores de 01ano, neonatal e pós-neonatal com respectivas médias móveis (números absolutos), Tobias Barreto-Sergipe, 2000-2005.



Fonte: DATASUS, 2010

Na tabela 02 abaixo, verifica-se como principal causa dos óbitos infantis em Tobias Barreto, no período estudado, as anomalias congênitas (55 casos), seguido das causas infecciosas (26 casos), causas mal definidas (15 casos), causas respiratórias (10 casos), e ocupando o último lugar as causas perinatais e nutricionais (07 casos), enquanto que o último se refere a outras causas. As causas subjacentes desses óbitos estão relacionadas às condições de saúde e nutrição, ao nível de escolaridade e de vida da mulher e da família, bem como à qualidade da assistência prestada durante a gestação, o parto, o pós-parto e os cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2004).

**Tabela 02.** Evolução da mortalidade infantil (0 a menor de 1 ano de idade) por grupos de causas mais freqüentes (números absolutos e percentuais) no município de Tobias Barreto, 2000-2005.

ANO	CAUSAS INFECCIOSAS		CAUSAS NUTRICIONAIS		CAUSAS RESPIRATÓRIAS		ANOMALIAS CONGÊNITAS		CAUSAS PERINATAIS		MAL DEFINIDAS		OUTRAS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2000	2	11,1	2	11,1	2	11,1	9	50	1	5,5	1	5,5	1	5,5	18	100
2001	11	29,7	3	8,1	2	5,4	14	37,8	0	0	6	16,2	1	2,7	37	100
2002	2	13,3	1	6,7	1	6,7	5	33,3	3	20	2	13,3	1	6,7	15	100
2003	8	30,7	0	0	4	15,4	11	42,3	1	3,8	2	7,7	0	0	26	100
2004	0	0	0	0	1	8,3	8	66,7	1	8,3	2	16,7	0	0	12	100
2005	3	20	1	6,7	0	0	8	53,3	1	6,7	2	13,3	0	0	15	100
TOTAL	26		7		10		55		7		15		3		123	

**Fonte: Brasil, 2010**

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam para uma situação de equilíbrio e valores satisfatórios da mortalidade infantil em Tobias Barreto – Sergipe, de 2000 a 2005. O CMI apresentou a maior predominância de valores abaixo do nível 19 em Tobias Barreto, antecipadamente menor que o valor vivenciado no Brasil em 2009, correspondente a 19,3/1000 nascidos vivos. A partir dos resultados observados, pôde-se classificar o Município de Tobias Barreto, com um médio Coeficiente de Mortalidade Infantil, segundo RIPSA, 2008.

Os determinantes macroepidemiológicos da sobrevivência infantil estão fora da capacidade do setor saúde de provocar algum tipo de intervenção. Apesar das condições de vida desfavoráveis, a mortalidade infantil em geral — neonatal e pós-neonatal — tem apresentado em Tobias Barreto – Sergipe equilíbrio e taxas satisfatórias nos anos estudados. Verificou-se, neste estudo, como principal causa dos óbitos infantis em Tobias Barreto, no período estudado, as anomalias congênitas, seguido das causas infecciosas, e em 3º lugar as causas mal definidas.

O Brasil, devido às profundas desigualdades sociais e regionais existentes, apresenta padrões também distintos entre suas unidades federadas no tocante aos componentes desse indicador. Apesar de o Município de Tobias Barreto está inserido no Estado de Sergipe e por sua vez na Região Nordeste, que possui altas taxas de mortalidade infantil, verificaram-se coeficientes de mortalidade infantil satisfatórios no contexto brasileiro e menores que aqueles. No que se refere à mortalidade neonatal no período de 2000 a 2005 há um equilíbrio nas taxas registradas, bem como valores satisfatórios.

Somente mudanças significativas dos padrões econômicos ou a intensificação de políticas sociais, com continuidade para as questões da educação, do saneamento e da geração de emprego e renda, poderiam provocar transformações de impacto, e assim reduzir os índices de mortalidade infantil em todo o Brasil.

## REFERÊNCIAS

- AERTS, D. **Investigação dos óbitos perinatais e infantis: seu uso no planejamento de políticas de saúde.** *Jornal de Pediatria*, 1997; 73 (6): 364-366.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**, Mortalidade Infantil. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [2004 abril], acesso 21 de janeiro de 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundo das Nações Unidas para a Infância. UNICEF. Situação Mundial da Infância 2008: sobrevivência infantil.** São Paulo, 2008. 164p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Agenda de Compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília, 2004. 80p.
- 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, 2009. 96p.
- BRASIL. **Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009.** Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 fev. 2009.
- CRUZ, N. L. A.; COSTA, M. C. O.; CARVALHO, R. C.; REBOUÇAS, M. C. **Evolução da Mortalidade Infantil e Componentes neonatal e pós-neonatal, 1979-2002, em Feira de Santana, Bahia.** Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência – NNNEPA, 2005.
- HARTZ, Z.M.A. Mortalidade infantil evitável em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Revista de Saúde Pública** 1996; 30 (4): 310-8.
- LANSKY, S. et al. **A mortalidade Infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal.** In BRASIL. Ministério da Saúde. 20 anos de SUS. Brasília, 2009. No prelo.
- LAURENTI R; BUCHALLA C. M. **Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades.** *Revista de Saúde Pública* ,1985; 19:225-32.
- PAES, N. A.; ALBUQUERQUE, M.E.E. **Avaliação da qualidade dos dados populacionais e cobertura dos registros de óbitos para as regiões brasileiras.** *Revista de Saúde Pública*, 1999; 33 (1): 33-43.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE – RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** OPAS/OMS. 2. ed. Brasília, 2008. 349p.

SIMÕES, C.C.S; MONTEIRO, C.A., 1995. **Tendência secular e diferenciais regionais da mortalidade infantil no Brasil. In: Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. A Evolução do País e de suas Doenças** (C. A. Monteiro, org.), pp. 153-156, São Paulo: Editora Hucitec / NUPENS / Universidade de São Paulo.

SZWARCWALD, C. L. et al. **Mortalidade Infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária.** Caderno de Saúde Pública, 1997; 13 (3): 1-21.

UNICEF. Fundos das Nações Unidas para a Infância. **A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil.** Brasília. 1998. 41 p.

UNICEF. Fundos das Nações Unidas para a Infância. **Situação da Infância 2002.** Liderança: Brasília, 2002.

UNITED NATIONS (UN). **Millennium Declaration.** Geneva, 2000. Disponível em: <http://www2.ohchr.org/english/law/millennium.htm>. Acessado em 15/12/2009.