



FACULDADE DOS CARAJÁS
BACHAREL EM ENFERMAGEM

RENAN BARROS BRAGA
ROSE DAIANA MIRANDA DA COSTA

**MORTALIDADE INFANTIL EM UMA MATERNIDADE NO INTERIOR DA
AMAZÔNIA**

MARABÁ-PA

2020

RENAN BARROS BRAGA
ROSE DAIANA MIRANDA DA COSTA

**MORTALIDADE INFANTIL EM UMA MATERNIDADE NO INTERIOR DA
AMAZÔNIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade dos Carajás,
Marabá-PA, como requisito para Obtenção
do Título de Bacharel em Enfermagem.
Sobre a orientação da Professora Msc. Enf.^a
Kecyani Lima dos Reis.

MARABÁ-PA

2020

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

B813m Braga, Renan Barros
Mortalidade infantil em uma maternidade no interior da
Amazônia / Renan Barros Braga, Rose Daiane Miranda da Costa. –
Marabá, 2020.
45 p. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade
dos Carajás, Curso de Bacharelado em Enfermagem, 2020.
Orientadora: Prof.^a M.^a Kecyani Lima dos Reis

1. Mortalidade infantil. 2. Desenvolvimento socioeconômico. 3.
Políticas públicas. I. Costa, Rose Daiane Miranda da. II. Título.

CDD 614.098115

Ficha catalográfica elaborada por Thays Ferreira Braga de Lima,
CRB-2/1434, Bibliotecária da Faculdade dos Carajás.

FOLHA DE APROVAÇÃO

RENAN BARROS BRAGA E ROSE DAIANA MIRANDA DA COSTA

MORTALIDADE INFANTIL EM UMA MATERNIDADE NO INTERIOR DA AMAZÔNIA

Monografia apresentada à Faculdade Carajás como requisito parcial para obtenção de título de Bacharelado em Enfermagem.

Prof. Msc. Kecyani Lima dos Reis

Prof. Msc. Fabrício Bezerra Eleres

Prof. Msc. Percilia Augusta Santana da Silva

MARABÁ-PA, 12 de 06 de 2020.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho primeiramente a DEUS, pois sem ele nada seria possível. Dedicamos ainda aos nossos familiares pelo incentivo, cooperação e apoio, também aos nossos colegas de classe com os quais compartilhamos bons momentos, novas experiências e descobertas; a eles devemos a pessoa que nos tornamos, somos extremamente feliz e temos muito orgulho de chamá-los de amigos (Renan Barros Braga e Rose Daiana Miranda da Costa).

AGRADECIMENTOS

A Deus, por seu amor imensurável, por nos dar forças e abençoar nossa jornada rumo ao conhecimento, e, sobretudo, por fazer enxergarmos a importância que tem os profissionais da saúde para a sociedade, ajudando-a e prestando um trabalho mais justo e igualitário.

Aos nossos familiares por nos acompanharem em todos os momentos, sejam eles bons ou ruins, sofrendo ou comemorando junto nossas vitórias.

Aos nossos professores-facilitadores que estiveram nos auxiliando nessa incessante busca de melhoria pessoal e intelectual.

Aos nossos colegas de turma que, juntos, pudemos crescer como ser humano a cada encontro.

Precisamos sim, de uma força que nos leve e nos impulsiona a crescermos intelectualmente...

EPÍGRAFE

Autor Desconhecido

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância.

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

CID - Código Internacional de Doenças.

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.

DNV - Declarações de Nascidos Vivos.

DO - Declaração de Óbito.

HMI - Hospital Materno Infantil.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística.

MN - Mortalidade Neonatal.

MS - Ministério da Saúde.

ONU - Organização Mundial das Nações Unidas.

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PAI - Programa Ampliado de Imunização.

PAISC - Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança.

PAISM - Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher.

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento.

PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno.

PNTN - Programa Nacional de Triagem Neonatal.

PSF - Programa de Saúde da Família.

RN – Recém-nascido.

SESPA - Secretaria de Saúde do Estado.

SIM - Sistema de informação de Mortalidade.

SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos.

SISPRENATAL - Sistema eletrônico para a coleta de informações sobre o acompanhamento pré-natal das gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UCI – Unidade de Condicionamento Intermediário vinculada ao SUS.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01- A realidade da mortalidade infantil na Região Norte e o Estado Pará:	25
TABELA 02- Dados do Município de Marabá o qual a pesquisa está ocorrendo em relação a taxa de mortalidade infantil do ano de 2013 a 2017.....	26
TABELA 03- Fatores de risco para a mortalidade neonatal no Brasil..	27
TABELA 04- Quantitativo de crianças nascidas no município de Marabá no hospital materno infantil (HMI) por mês entre os anos de 2017 e 2018.....	38
TABELA 05- Crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município de Marabá no hospital materno infantil (HMI) entre os anos de 2017 e 2018.....	39
TABELA 06- Crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município de Marabá nascidas no hospital materno infantil por faixa etária entre os anos de 2017 e 2018. 39	
TABELA 07- Crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município de Marabá no hospital materno infantil (HMI) por faixa etária relacionada a patologia que levou ao óbito entre os anos de 2017 e 2018 – mal formação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas – CID: 10 - XVII.....	40
TABELA 08- Crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município de Marabá no hospital materno infantil (HMI) por faixa etária relacionada a patologia que levou ao óbito 2017 e 2018 – algumas afecções originadas no período perinatal – CID: 10 - XVI..	40
TABELA 09- Diagnósticos das crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município de Marabá no hospital materno infantil (HMI) entre os anos de 2017 e 2018 – Diagnósticos que causaram o óbito.	41
TABELA 10- Crianças que tiveram óbitos por causas evitáveis menor que um ano de nascimento no município de Marabá no hospital materno infantil (HMI) entre os anos de 2017 e 2018.	41

RESUMO

Introdução: O estudo da Prevalência ou da taxa de mortalidade infantil, constitui-se num dos indicadores mais comumente empregados para a análise da situação de saúde da população, estimando a mortalidade infantil no município a partir do monitoramento de sua magnitude e fatores associados podendo auxiliar na definição de políticas públicas para o seu enfrentamento. **Objetivo:** Analisar a prevalência da mortalidade infantil e fetal de residentes no município de Marabá, PA, no período de janeiro de 2018 a junho de 2019. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa utilizando dados secundários sobre óbitos infantis, fetais e de nascidos vivos, obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e tabulados no TABWIN (versão 3.6) para extração dos dados. **Resultados:** evidenciaram uma alta taxa de mortalidade infantil, apresentando claramente uma tendência de aumento. Houve maior ocorrência de óbitos no período entre 2017 e 2018, das 9707 crianças nascidas, 169 tiveram óbitos antes de completar um ano de idade, isso corresponde 17,1 % do total de crianças nascidas. Indicando problemas relacionados a ausência de ações dos serviços de saúde que são facilmente evitáveis como a desnutrição, doenças infecciosas, diarreia e pneumonia. Refletindo simultaneamente o grau de desenvolvimento socioeconômico e a qualidade do sistema de saúde municipal. **Discussão:** Identificou-se, com análise ajustada nas categorias relativas a cada variável das tabelas o quantitativo de crianças nascidas no município de Marabá entre os anos de 2017 e 2018 num total de 9707 crianças nascidas. A análise mostra um quantitativo crescente de nascimento entre o ano de 2017 e 2018 de 3,7%. **Considerações Finais:** Desta forma, enfatiza-se a necessidade de investimentos e atenção nas políticas públicas voltadas para a saúde no que diz respeito ao planejamento reprodutivo, e no conhecimento da magnitude dos óbitos, devido as possíveis causas aqui apresentadas.

Descritores: Mortalidade Infantil. Desenvolvimento Socioeconômico. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Introduction: The study of the Prevalence or infant mortality rate, constitutes one of the most commonly used indicators for the analysis of the population's health situation, estimating infant mortality in the municipality from the monitoring of its magnitude and associated factors, which can help in the definition of public policies to face it. **Objective:** To analyze the prevalence of infant and fetal mortality of residents in the municipality of Marabá, PA, from January 2018 to June 2019. **Methodology:** This is a research using secondary data on infant, fetal and live birth deaths obtained from the Mortality Information System (SIM) and the Live Birth Information System (SINASC) and tabulated in TABWIN (version 3.6) for data extraction. **Results:** they showed a high infant mortality rate, clearly showing an upward trend. There was a higher occurrence of deaths in the period between 2017 and 2018, of the 9707 children born, 169 had deaths before reaching the age of one, this corresponds to 17.1% of the total number of children born. Indicating problems related to the lack of actions by health services that are easily avoidable, such as malnutrition, infectious diseases, diarrhea and pneumonia. Reflecting both the degree of socioeconomic development and the quality of the municipal health system. **Discussion:** The number of children born in the municipality of Marabá between the years 2017 and 2018, in 9707 children, was identified with adjusted analysis in the categories related to each variable in the tables. The analysis shows a growing number of births between 2017 and 2018 of 3.7%. **Final Considerations:** In this way, the need for investments and attention in public policies focused on health with regard to reproductive planning, and in the knowledge of the magnitude of deaths, is emphasized, due to the possible causes presented here.

Descriptors: Infant mortality. Socioeconomic Development. Public policy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. PROBLEMA DE PESQUISA	11
3. HIPOTHESES	11
3.1 HIPOTHESES H0	12
3.2 HIPOTHESES H1	12
4. OBJETIVOS	12
4.1 GERAL	12
4.2 ESPECIFICOS	12
5. JUSTIFICATIVA	12

CAPITULO I

6. MARCOS HISTÓRICOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A SAÚDE DAS GESTANTES NO BRASIL 14	
6.1 SAÚDE DA MULHER	13
6.2 SAÚDE DA CRIANÇA	21

CAPITULO II

7. COEFICIENTE DA MORTALIDADE INFANTIL NO CONTEXTO NACIONAL ...	23
7.1 O COEFICIENTE DA TAXA MORTALIDADE DA MORTALIDADE INFANTIL	24
7.2 A MORTALIDADE INFANTIL NA REGIÃO NORTE BRASILEIRA	25
7.3 MORTALIDADE NEONATAL NO BRASIL	26
7.4 CAUSAS DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL	27
7.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DURANTE O PRÉ-NATAL NO COMBATE A MORTALIDADE INFANTIL	28

8. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA	33
8.1 TIPO DE ESTUDO	34
8.2 LOCAL DE ESTUDO	34
8.3 AMOSTRA	34
8.4 ANÁLISE DE DADOS	34
8.5 ASPECTOS ÉTICOS	34
8.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	35
8.6.1 Critério de Inclusão	35
8.6.2 Critério de Exclusão	35
8.7 RISCOS E BENEFÍCIOS	35

9. SITUAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO INTERIOR DA AMAZÔNIA - Hospital Materno Infantil (HMI), Marabá Pará	37
9.1 ANÁLISE DA PESQUISA	37
9.2 RESULTADOS DA PESQUISA	37

10. DISCUSSÕES	42
----------------------	----

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
--------------------------------	----

12. REFERÊNCIAS	45
-----------------------	----

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade infantil, materna e neonatal há muito tempo é um desafio para toda a sociedade, todos os serviços de saúde no mundo e em especial no Brasil, aderiu e fazem parte das metas de desenvolvimento do milênio estabelecido pela Organização Mundial das Nações Unidas (ONU), no qual o Brasil assumiu o papel de erradicar a pobreza extrema e a fome, alcançar o ensino primário universal; promover a igualdade de gênero e empoderar as mulheres, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna, combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças, garantir a sustentabilidade ambiental e desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento. Buscando alcançar índices mais dignos de vida para população, uma vez que a mortalidade infantil têm relação direta com a qualidade e condições de vida da sociedade (ONU, 2000).

Neste sentido esta pesquisa tem como objetivo mostrar os fatores associados a mortalidade infantil entre as mulheres com filhos neomortos, em uma maternidade pública no interior da Amazônia – Marabá/Pará, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019, no intuito de informar as causas da mortalidade neonatal, avaliar a evitabilidade dos óbitos neonatais, analisar o coeficiente de mortalidade neonatal, além de descrever os risco relativo para óbitos fetais de gestação única e dupla.

As mortalidades infantis no Brasil além de sensível é fruto das condições sociais mal administrada pelos estados, todavia a falta de saneamento básico adequada em algumas regiões no norte do País, a falta de um pré-natal bem realizado, a falta de recursos médicos e hospitalares para darem o correto suporte ao recém-nascido, são algumas das principais causas da mortalidade infantil (MAIA et al, 2012).

Espera-se com essa pesquisa contribuir para a redução da mortalidade infantil, onde as gestações estão cada vez mais precoces, ocorrendo muitas vezes um descaso para esta vida que está por vir, por perceber que os óbitos poderiam ser evitados com medidas simples de higiene, educação e alimentação. Assim trabalharemos para alcançar nossos objetivos melhorando a qualidade de vida das gestantes e conseqüentemente das crianças (COSTA et al, 2001).

A relevância deste trabalho não é apenas social, como também científica para toda comunidade acadêmica, pois a Mortalidade Infantil é avaliada não apenas através dos óbitos de crianças menores de um ano, mas também pelos seus componentes neonatais e pós-

neonatais, refletindo simultaneamente o grau de desenvolvimento socioeconômico e a qualidade do sistema de saúde municipal. Dentre as principais causas da mortalidade infantil temos a falta de assistência e de instrução às gestantes, ausência de acompanhamento médico, deficiência na assistência hospitalar, desnutrição, déficit nos serviços de saneamento básico, entre outros. A ausência de saneamento básico provoca a contaminação da água e dos alimentos, podendo desencadear doenças como a dengue, Zica, chikungunya, hepatite A, malária, febre amarela, cólera, diarreia, etc. (BERTOLLI, 2001).

No Brasil, a mortalidade infantil é um importante indicador de saúde, que é definido pelo número de mortes em menores de 01 ano de idade para cada mil nascidos vivos ocorrido no país, que está diretamente relacionado com as condições de vida e saúde da população, eficiência dos serviços de saúde e desempenho dos programas dirigidos a sua redução da mortalidade, como por exemplo: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC), Programa de Saúde da Família (PSF), Programa Ampliado de Imunização (PAI), Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) dentre outros programas (FRIAS et al., 2011).

Dessa forma, o foco desta pesquisa busca compreender e mensurar os fatores associados a Mortalidade Infantil entre as mulheres com filhos neomortos, nascidos em uma maternidade pública, residentes no município de Marabá-PA, possibilitando o planejamento e adoção de ações para redução da mortalidade infantil mais equitativas, considerando as diferentes realidades territoriais e dos diferentes subgrupos populacionais.

2. PROBLEMA DE PESQUISA

O presente estudo tem como problema de pesquisa responder ao seguinte questionamento: Quais são os fatores associados a Mortalidade Infantil entre as mulheres com filhos neomortos nos anos de 2017 a 2018, nascidos em uma maternidade pública, residentes no município de Marabá-PA?

3. HIPÓTESES

3.1 HIPÓTESE H0

Acredita-se que a maioria das mortes infantis está associada a má formação congênita, em mães com idades extremas (menores de 17 anos e maiores que 35 anos);

3.2 HIPÓTESE H1

O número de mortes infantis será maior em bebês nascidos de parto normal aliado a um pré-natal inadequado, fato esse que prejudicará a assistência a uma intercorrência, tanto no bebê como na mãe;

4. OBJETIVOS

4.1 GERAL

Descrever os fatores associados a mortalidade infantil entre as mulheres com filhos neomortos, uma maternidade pública no interior da Amazônia, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

4.2 ESPECÍFICOS

1. Informar Causas da Mortalidade neonatal;
2. Avaliar a evitabilidade dos óbitos neonatais;
3. Analisar o Coeficiente de mortalidade neonatal;
4. Descrever os risco relativo para óbitos fetais de gestação única e dupla;

5. JUSTIFICATIVA

Esse tema tem grande relevância não apenas social como também científica para toda comunidade acadêmica, pois a Mortalidade Infantil é avaliada não apenas através dos óbitos de crianças menores de um ano, mas também pelos seus componentes neonatais e pós-neonatais, refletindo simultaneamente o grau de desenvolvimento socioeconômico e a qualidade do sistema de saúde municipal. Dentre as principais causas da mortalidade infantil temos a falta de assistência e de instrução às gestantes, ausência de acompanhamento médico, deficiência na assistência hospitalar, desnutrição, déficit nos serviços de saneamento básico, entre outros. A ausência de saneamento básico provoca a contaminação da água e dos alimentos, podendo desencadear doenças como a dengue, zica, chicungunha, hepatite A, malária, febre amarela, cólera, diarreia, etc. (BERTOLLI, 2001).

REVISÃO DA LITERATURA

CAPÍTULO I

6. MARCOS HISTÓRICOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A SAÚDE DAS GESTANTES NO BRASIL – SAÚDE DA MULHER, REDE CEGONHA, E SAÚDE DA CRIANÇA.

6.1 SAÚDE DA MULHER

Nesta seção partimos das influências que as mulheres recebiam/recebem na infância e adolescência, por meio da linguagem verbal e não-verbal, sobre o significado do corpo feminino e do sexo, que resulta em distanciamento e desvalorização, que restringiram/restringem o valor e o poder feminino que segundo Vieira (2002), hoje influenciam na saúde e na parturiência dessas mulheres, criando possibilidades segundo de reflexão sobre as políticas públicas voltadas para as mulheres gestantes brasileira.

Essa visão, uma das características da sociedade patriarcal, onde o homem exerce domínio sobre a mulher, atribuindo-lhe sentimento de culpa, medo, vergonha relacionados à vivência da sua sexualidade, contribuiu para o fortalecimento de mitos e histórias, invalidando os saberes femininos inatos (VIEIRA, 2002).

Segundo Vieira (2002), a mulher aos poucos se distanciou do seu saber instintivo e natural à medida que se submeteu às rotinas hospitalares, perdendo o conhecimento do potencial funcional do seu corpo para viver o processo parturitivo, ao assumir posição passiva no momento do parto.

A história mostra que, por muito tempo, a vivência da gestação e do parto foi de domínio exclusivo das mulheres. A parturição como um fenômeno feminino tinha como auxiliares as parteiras, comadres, religiosas ou mulheres experientes da família (PERROT,

2003).

Gravidez, parto, aleitamento, menopausa e a sexualidade feminina foram regulados conforme as normas e procedimentos do modelo hegemônico, ou seja, gravidez e menopausa como eventos patológicos que devem sofrer intervenções médicas e tecnológicas; parto como evento médico e cirúrgico; aleitamento materno visando apenas à diminuição da mortalidade infantil; e a sexualidade feminina excluída das discussões pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

A interferência do Estado na sistematização da atenção pré-natal apoiava o movimento de medicalização da gestação e hospitalização do parto (BRASIL, 2001). Na visão de Milles (1991. p.655), medicalização significa “O processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina, de forma a assegurar conformidade às normas sociais”.

Durante muitos anos, o governo brasileiro não apresentava posição explícita frente à questão da saúde da mulher. A partir dos anos 80, pressionado pelos profissionais de saúde, movimentos de mulheres e outras instituições da sociedade civil organizada, iniciaram-se algumas mudanças relacionadas à forma de atendimento à mulher, que valorizavam a maior participação, informação e consciência dos seus direitos, favorecendo o empoderamento e cidadania (HABER, 2000).

Após intensas discussões e reflexões sobre a assistência à mulher no pré-natal, um consenso sobre a maior receptividade das gestantes às estratégias de atenção à saúde reforça a participação efetiva da mulher no pré-natal que possibilita a aquisição de novos conhecimentos, amplia sua percepção corporal para a sua capacidade de gestar, parir e materna. Assim sendo as modificações do corpo, promovidas pelo desenvolvimento da criança, favorecem a compreensão da maternidade envolvendo emoções e valores relacionados a si, à criança e à família (OLIVEIRA, 2001).

A Constituição Federal de 1934, primeira constituição do país a possuir um capítulo referente à ordem econômica e social, foi também pioneira na definição de responsabilidades sociais do Estado, tais como a assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante registrando, assim, novas iniciativas governamentais no campo das políticas sociais.

Conforme a Constituição Federal de 1988, o direito social à saúde está inserido entre os que garantem a seguridade social, que compreende também os direitos à previdência e à assistência social. Eles têm por propósito garantir um mínimo necessário a uma existência digna, traduzido na disponibilidade de recursos materiais indispensáveis à satisfação dos postulados da justiça social.

O direito à saúde está intimamente relacionado ao direito à vida, por isso, pressupõe que todos tenham direito a um tratamento digno de saúde, conforme disposto o art. 196 da Constituição de 1988.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

No art. 197, dispõe sobre a relevância pública das ações e serviços de saúde. No art. 198, institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe em seus incisos sobre as diretrizes desse sistema, visando a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Conforme dispõe o artigo 203 da Constituição Federal de 1988: A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social. Estabelece também em seu artigo 204 a solidariedade financeira, já que, as ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, e não através de contribuição previdenciária. O direito à seguridade social será prestado àqueles que não dispõem de recursos financeiros para o mínimo de existência digna, os grupos menos favorecidos economicamente.

Nessa perspectiva, está embutida nos direitos sociais, a relação entre Estado e Sociedade, onde muitos autores o concebem como concessão do Estado, com ênfase na acumulação e reprodução do modo de produção vigente. Assim, expressa ações pautadas no favor e na tutela, visto que “cria súditos” em vez de cidadãos.

As políticas públicas são gestadas e implementadas pelo Estado para o enfrentamento de problemas sociais, dentre eles aqueles referentes à saúde. É fácil perceber que existe uma discrepância entre o conjunto de problemas sociais e a capacidade do Estado de enfrenta-los.

Segundo Foucault (1984), o principal objetivo das primeiras políticas de saúde consistia em produzir um melhor número de crianças, com boas condições de vida, sob a imposição de um conjunto de obrigações tanto aos pais quanto aos filhos. Isso porque para o estabelecimento dessas novas relações, o capitalismo burguês, baseado na razão, na tecnologia e na produtividade, necessitava reformular o modo de entender os indivíduos, transformando a visão de corpo individual para corpo social produtivo, que deve ser protegido e cuidado de modo quase médico-biológico sob controle e vigilância do estado.

Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, desenvolve ações de prevenção e assistência à saúde de gestantes, parturientes e recém-nascidos, garantindo o acesso e a qualidade dessa assistência. Exige, por exemplo, que os estados e municípios tenham serviços de saúde capazes de acolher todas as gestantes e recém-nascidos (BRAISL, 2004).

Caso a mãe ou o bebê necessite de internação, por exemplo, o gestor de saúde no município deve assegurar a vaga em hospital ou maternidade no próprio município ou em outra cidade de referência, providenciando, inclusive, o transporte adequado. O município também deve assegurar que as mulheres comecem o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação e realizem todos os exames complementares necessários (BRASIL, 2004).

Podemos iniciar o marco histórico das políticas públicas voltada para a saúde das gestantes no Brasil, partindo da década de 1983, onde foi criado o Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher - PAISM, sendo um programa inédito até então, não voltado apenas ao binômio mãe-filho, mas à atenção à saúde da mulher em sua totalidade.

O PAISM, estratégia criada em 1983 e implantada em 1984 pelo Ministério da Saúde visava melhoria da atenção à saúde reprodutiva da mulher. As diretrizes do programa previam a capacitação dos serviços de saúde para atender necessidades específicas das mulheres, enfoque multiprofissional do cuidado e integralidade da atenção (contextos social, familiar, emocional e de saúde reprodutiva e preventiva). Outra meta importante do projeto era a humanização da assistência durante todas as fases da vida das mulheres.

O PAISM nasce no processo de discussão do movimento sanitário, fundamentado na necessidade de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, tendo como prioridade a atenção primária e a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 1983). Nesse sentido, a proposta do PAISM considerava a necessidade de articulação das ações de pré-natal,

assistência ao parto e puerpério, além da prevenção ao câncer e doenças sexualmente transmissíveis, assistência ao adolescente, a menopausa e a anticoncepção (Almeida, 2005).

Consequentemente temos o surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, e do Programa Saúde da Família - PSF, que ocorreu no Brasil em 1991 como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como política nacional de Atenção Básica, com caráter organizativo e substitutivo. O Programa foi criado com o propósito de reorganizar e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família, como um meio de melhorar as condições de seus integrantes e, em consequência, da própria comunidade. O PSF segue as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção à saúde básica. A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e prevenir a vulnerabilidade e os riscos de doenças.

Obstáculos e problemas há e sempre haverá. O balanço da situação das políticas de saúde no Brasil indica progresso. O que pode ser dito, com certeza, é que nos dias de hoje, o sistema público de saúde está em melhores condições de executar suas políticas e gerar bons resultados que nos anos 90.

A saúde não é apenas atendimento médico-ambulatorial, disponibilidade de recursos humanos, para se chegar a serviços e atendimentos de boa qualidade é preciso ter áreas físicas e equipamentos em condições adequadas para o atendimento à população.

Apesar de haver projetos com a finalidade de investir no setor, ainda continuamos com sérios problemas nos hospitais brasileiros (falta de leitos, equipamentos, novas tecnologias na área hospitalar, etc.) para um atendimento de maior cobertura e eficiência para o usuário do sistema público de saúde em nossos país.

Temos como um dos maiores desafios para a saúde no Brasil, a busca de uma vida mais saudável incorporada no dia a dia de todos, portanto, promover a saúde e melhorar as condições de vida de nossa população (BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE, 2002, p. 19).

Tal realidade em nosso país ainda é precária como afirma o autor. Políticas de fato existem porém ainda muito desrespeitosa na pratica, onde mulheres são submetidas a

realidades desumanas na hora do parto, fato esses que devem ser repensados pelas autoridades brasileiras que não priorizam a atenção as gestantes do país.

No ano de 2000 foi implantado em todo território brasileiro o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), uma iniciativa do Ministério da Saúde. A criação de um protocolo mínimo de ações em atenção obstétrica de forma igualitária em todo o país foi resultado da política de enfrentamento às questões ainda sem resolução após vários anos da instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM),(BRASIL, 2004).

O PHPN, além da meta do atendimento humanizado, no modelo da atenção integral, incluía também a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal. A razão de mortalidade materna no Brasil ainda era muito superior à dos países desenvolvidos, com a grande maioria dos óbitos maternos por causas obstétricas, ainda consideradas evitáveis (BRASIL, 2004).

O programa estabelecia critérios quantitativos mínimos para o cuidado obstétrico, visando indiretamente à obtenção de melhoria na qualidade da atenção. Em um primeiro momento, estipulou-se o repasse de incentivo financeiro para os municípios a cada gestante que cumprisse todas as recomendações, que incluíam início precoce do pré-natal até 120 dias de amenorreia, mínimo de seis consultas, solicitação de exames de rotina em duas ocasiões, teste do HIV, imunização contra o tétano e consulta puerperal até quarenta e dois dias pós-parto (BRASIL, 2000).

O sistema de informação SISPRENATAL (sistema eletrônico para a coleta de informações sobre o acompanhamento pré-natal das gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS) foi o instrumento criado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para coleta de dados sobre o pré-natal em nível nacional no contexto do PHPN. Como instrumento de gestão, ele permitiu que, pela monitoração do cumprimento das ações mínimas essenciais contempladas no programa, houvesse a implementação de repasse de verbas aos municípios que cumprissem os requisitos mínimos recomendados(ANDREUCCII, 2011).

Esse seria o estímulo financeiro para incrementar o cumprimento das metas estabelecidas. A disponibilização de recurso financeiro para investimento em individualização

de medidas em nível regional é fundamental na organização do cuidado, além da qualidade do serviço de saúde.

Hoje, mais do que o monitoramento nacional da atenção obstétrica, o SISPRENATAL visa obter informação em saúde durante o pré-natal, parto e puerpério, ação fundamental para avaliação do cuidado em diferentes contextos. As informações obtidas, se realmente precisas, podem refletir o diverso panorama da saúde materna no Brasil, permitindo investimentos em nível local, regional e universal, com especificações para cada grupo populacional ou contexto social.

Diferentes estudos mostram que a abrangência do PHPN ainda está muito aquém do desejado. Houve inicialmente grande adesão de municípios de todo o país ao programa; quanto ao cumprimento das metas, porém, há ainda muito a ser alcançado (ANDREUCCII, 2011).

De uma maneira geral, em todo o Brasil ainda persiste o baixo cumprimento de todo o conjunto das metas propostas, com grandes variações por região. Entretanto, apesar das múltiplas avaliações efetuadas da atenção pré-natal em diferentes contextos brasileiros depois da implantação do programa e utilizando dados do SISPRENATAL, não existe uma avaliação ampla e extensiva de todo o território nacional ao longo dos anos de funcionamento do sistema (ANDREUCCII, 2011).

Grande parte dos estudos disponíveis reflete realidades locais, sem a possibilidade de generalização dos resultados. O objetivo é reunir os dados nacionais sobre o acompanhamento pré-natal de acordo com as metas do PHPN, utilizando como métodos de obtenção dos dados o próprio sistema de informações do SISPRENATAL ou outras fontes, realizando uma revisão sistemática, com destaque para os o número de casos estudados, os parâmetros do PHPN avaliados, a cobertura do programa nas diferentes regiões e/ ou municípios, e o cumprimento das metas do programa mediante indicadores de processo (ANDREUCCII, 2011).

Outra política pública voltada para a saúde da mulher é a Rede Cegonha que é um programa criado pelo governo federal, que visa garantir atendimento de qualidade a todas as brasileiras pelo Sistema Único de Saúde - SUS, desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê.

Entrou em vigor no mês de março de 2011 e instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 é um estratégia do Ministério da Saúde de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, elaborando ações para o aumento e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011).

Esta política pública instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, visa sistematizar uma rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento assegurado e humanizado e proporcionado acesso para um crescimento e desenvolvimento saudável” (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha é responsável ainda em prevê a qualificação dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto, bem como a criação de estruturas de assistência, como a Casa da Gestante e a Casa do Bebê, e os Centros de Parto Normal, que funcionarão em conjunto com a maternidade para humanizar o nascimento.

A Rede Cegonha também se oferece a aplicar campanhas públicas de educação em saúde, voltadas ao planejamento reprodutivo e aleitamento materno de modo a instruir a sociedade acerca de assuntos de relevância tais como a educação sexual em escolas e demais instituições de ensino. As elevadas taxas de gravidez entre adolescentes são fatores que favorecem o aumento de risco à mãe e o bebê. Aliando-se a estas questões, as campanhas voltadas a orientações quanto ao aleitamento materno também contribuem para a mudança de cenário desejado pela Rede Cegonha (BRASIL, 2013).

Um dos objetivos do programa, é dar a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, será exigida nas maternidades. Uma dessas boas práticas é o direito a acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto.

O ambiente em que a mulher dará à luz deverá ser adequado para oferecer privacidade e conforto para ela e seu acompanhante. Ela terá acesso a métodos de alívio da dor e a possibilidade de ficar em contato pele a pele com seu bebê imediatamente após o nascimento, prática que hoje é demonstrada como benéfica para os dois (BRASIL, 2011)

O pai também será incentivado a participar do momento do nascimento do seu filho, estimulando a formação de vínculos. Segundo Brasil (2011), o programa também pretende garantir que sempre haja um leito disponível para a mãe e o recém-nascido nas unidades de saúde, evitando a peregrinação das mulheres e recém-nascidos nos vários serviços.

A Rede Cegonha estrutura-se a partir de quatro atendimentos: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação). E tem como diretrizes: Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

6.2 SAÚDE DA CRIANÇA

Os serviços de saúde da criança precisam se apropriar sobre as linhas de cuidados, de modo a identificar as ações e estratégias prioritárias para nortear seu processo de trabalho tendo como objetivo a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2004).

O Compromisso com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, referem que as linhas de cuidados são frutos de um trabalho em equipe, sendo necessária uma visão integral da rede de assistência, de modo a potencializar os recursos disponíveis para oferecer uma resposta mais adequada e completa à necessidade do usuário, superando o distanciamento da atenção básica e atenção hospitalar, garantindo a continuidade do cuidado integral (BRASIL, 2004).

As linhas de cuidados para a população infantil durante seu primeiro ano de vida, que são traçadas na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, são: 1) A Triagem Neonatal (teste do pezinho); 2) Incentivo ao aleitamento materno; 3) Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD); 4) Alimentação saudável e prevenção de sobrepeso e obesidade infantil; 5) Imunização; 6) Atenção às doenças prevalentes (desnutrição, diarreias, anemias carencias e doenças respiratórias); 7) Atenção à saúde bucal; 8) Atenção à saúde mental; 9) Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; 10) Atenção à criança

portadora de deficiência. O cuidado integral com a criança tem como responsabilidade disponibilizar, em todos os níveis, a atenção necessária, buscando desenvolver ações de prevenção de agravos, promoção da saúde integral, e assistência da criança, de modo que elas possam crescer e desenvolver todo o seu potencial com qualidade de vida (BRASIL, 2004).

O Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), foi criado na década de 80, baseado na análise das condições sanitárias e epidemiológicas da população brasileira. Criado com o objetivo de atender as crianças visando à saúde de maneira integral, por meio das ações básicas que buscam minimizar e eliminar os agravos mais frequentes e de maior relevância na mortalidade das crianças de 0 a 5 anos de idade.

As ações básicas propostas na política de expansão e consolidação da rede de serviços básicos fundamentam-se na promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias na infância, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 1984).

O programa estava ligado ao binômio desnutrição-infecção na estrutura de morbidade e mortalidade infantil, porém havia outros fatores que antecederiam esse binômio gerando dificuldades operacionais e um modelo de atenção à saúde que nem sempre correspondia às condições de vida da população.

Em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reorganizar a atenção básica (BRASIL, 1994). Em 1996, foi incorporada ao PSF a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) uma abordagem epidemiológica relacionada ao perfil de saúde infantil no país. O AIDPI tem como objetivo a reduzir a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, diminuir a incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e, também distúrbios nutricionais, garantindo adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 5 anos, tanto nos serviços de saúde como no domicílio e na comunidade, o fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância (BRASIL, 2002).

7. MORTALIDADE INFANTIL NO CONTEXTO NACIONAL

O Brasil tem sido um dos países que mais morrem crianças, é o sétimo maior país do mundo com maior índice de mortalidade infantil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE.

Segundo a pesquisa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística), no ranking mundial o Brasil está na posição 120°. Nos últimos 22 anos o Brasil teve uma queda de 77%, a taxa de mortes de crianças com idade de menos de 5 anos era de 62 em cada mil nascidos vivos isso em 1990, já em 2012, 14 crianças a cada mil nascidos vivos.

Pesquisas no Brasil mostram que o número de crianças tem se reduzindo depois da criação do cartão do SUS (Sistema Único de Saúde), pois tem a função de calcular a quantidade de pessoas, cada uma deve ter um cartão do SUS, cada cartão tem um número diferente, usando a matriz da matemática os números nunca vão se chocar, por isso tem como capitalizar a quantidade de crianças que morrem a cada ano.

Muitas vezes morrem crianças por aborto, que a própria mãe toma remédio e por isso não tem como saber, mas toda grávida tem que fazer acompanhamento médico pelo posto através do cartão do SUS.

Na América Latina e Caribe, o Brasil sofreu, junto com o Peru, a maior queda no índice entre 1990 e 2012. A queda da mortalidade infantil fez com que o Brasil atingisse o Objetivo do Desenvolvimento do Milênio 4 (ODM 4), que visava a queda da mortalidade infantil em 66% entre os anos de 1990 e 2015.

De acordo com o Unicef, a queda foi possível graças a uma série de medidas como a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), com foco na atenção primária em saúde, avanços no atendimento materno e de recém-nascidos, melhoria nas condições sanitárias, promoção do aleitamento materno e criação de iniciativas de proteção social como o Bolsa-Família.

7.1 O COEFICIENTE DA TAXA MORTALIDADE DA MORTALIDADE INFANTIL.

A taxa de mortalidade infantil é obtida por meio do número de crianças de um determinado local (cidade, região, país, continente) que morrem antes de completar 1 ano, a cada mil nascidas vivas. Esse dado é um aspecto de fundamental importância para avaliar a qualidade de vida, pois, por meio dele, é possível obter informações sobre a eficácia dos serviços públicos, tais como: saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de

remédios e vacinas, acompanhamento médico, educação, maternidade, alimentação adequada, entre outros. (BRASIL - IBGE, 2020). Vejamos na prática como é feito o cálculo.

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Fonte: Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/brasil/mortalidade-infantil-no-brasil.htm>. Acesso em 30 de março de 2020.

Esse é um problema social que ocorre em escala global, no entanto, as regiões pobres são as mais atingidas pela mortalidade infantil. Entre os principais motivos estão: a falta de assistência e de orientação às grávidas, a deficiência na assistência hospitalar aos recém-nascidos, a ausência de saneamento básico (desencadeando a contaminação de alimentos e de água, resultando em outras doenças) e desnutrição.(BRASIL - IBGE, 2020).

As menores taxas de mortalidade infantil são dos países desenvolvidos – Finlândia, Islândia, Japão, Noruega e Suécia (3 mortes a cada mil nascidos). As piores médias são dos países pobres, especialmente das nações africanas e asiáticas. O Afeganistão apresenta a incrível média de 154 óbitos por mil nascidos vivos(BRASIL - IBGE, 2020).

No Brasil, assim como na maioria dos outros países, essa taxa está reduzindo a cada ano. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a mortalidade infantil no Brasil segue em declínio. Em doze anos (1998 – 2010) o número de crianças mortas passou de 33,5% demil nascidas vivas (CERQUEIRA, 2020).

De acordo com estimativas, em 2017, 14,9 crianças de cada mil nascidas vivas não completavam cinco anos de idade. No ano passado, a taxa foi de 14,4 por mil, baixa de 3,4% (CERQUEIRA, 2020).

O Ministério da Saúde, reitera que a Mortalidade infantil no Brasil reproduz a desigualdade social na qual a população está inserida, que atinge mais as populações vulneráveis, em especial da região norte e nordeste do país. Na maioria das vezes sua redução não representa necessariamente maior equidade no campo das políticas públicas, sustentando desigualdades regionais e específicas de cada grupo social. Isso mostra a necessidade de maiores esforços quando se fala em promoção do acesso aos serviços de saúde pelas populações, principalmente aquelas que ainda se encontram com indicadores de mortalidade infantil em alta (HERNANDEZ, 2014).

7.2 A MORTALIDADE INFANTIL NA REGIÃO NORTE BRAILEIRA

No Pará, a mortalidade infantil vêm apresentando um leve declínio, as políticas públicas do Governo Estadual, representado pela SESPA - Secretaria de Saúde do Estado, conseguiram diminuir as taxas de mortalidade infantil, sobretudo na faixa etária neonatal. A estratégia QualiNeo desenvolvida pelo Estado do Pará compreende todas as ações desenvolvidas pelo governo federal a fim de garantir ao recém-nascido o melhor início de vida e que hoje são ofertadas e acompanhadas de maneira isolada através da atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru), Bancos de Leite Humano, Reanimação Neonatal e Transporte Neonatal (FAPESPA, 2019). Vejamos na tabela abaixo:

Tabela 01 - A realidade da mortalidade infantil na Região Norte e o Estado Pará.

Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação	Taxa de Mortalidade Infantil					
	2013	2014	2015	2016	2017	Ranking 2017
Região Norte	16,48	15,71	15,19	15,51	15,43	1º
Rondônia	13,91	14,33	14,51	13,42	12,83	13º
Acre	16,40	16,98	17,14	15,15	13,63	9º
Amazônia	17,22	15,71	15,54	15,97	16,55	3º
Roraima	19,33	20,23	16,74	18,46	17,89	2º
Pará	16,46	15,74	14,97	15,67	15,40	6º
Amapá	19,92	18,07	16,76	18,30	19,62	1º
Tocantins	13,60	12,67	13,02	12,48	12,39	16º

Fonte: Google, FAPESPA, 2019.

Observa-se que a Região Norte é a primeira no Ranking de maior mortalidade infantil no Brasil e o Estado do Pará se apresenta dentro da realidade geral brasileira com o 6º maior número de mortalidade infantil e o 4º lugar de sua região. Vejamos agora na tabela a seguir

Tabela 02- Dados do Município de Marabá o qual a pesquisa está ocorrendo em relação a taxa de mortalidade infantil do ano de 2013 a 2017.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO PARÁ					
Taxa de Mortalidade infantil – 2013 a 2017					
Estado/Município	2013	2014	2015	2016	2017
Pará	16,46	15,74	14,97	15,67	15,40
Marabá	16,72	11,12	13,15	15,79	18,68

Fonte: Google, FAPESPA, 2019.

O Estado do Pará que se apresenta dentro da realidade geral brasileira com o 6º maior número de mortalidade infantil, tem sua quarta maior cidade – Marabá, dentre os seus 144 municípios como a 37ª cidade com o maior número de mortalidade infantil com um total de 18,68%.

Segundo a UNICEF, a mortalidade infantil está assumindo níveis alarmantes no mundo, onde 80% das mortes de recém-nascidos ocorrem devido a nascimento pré-maturo, complicações durante o parto ou infecções como pneumonia e sepse. Apesar dos avanços substanciais na assistência à saúde infantil, a mortalidade permanece em níveis elevados principalmente em países subdesenvolvidos onde a desigualdade é mais evidente (UNICEF, 2017).

7.3 MORTALIDADE NEONATAL NO BRASIL

Segundo Veloso (2019), a mortalidade neonatal (MN), por sua vez, é subdividida em precoce (0 a 6 dias completos de vida) e componente neonatal tardio (7 a 27 dias de vida). A mortalidade neonatal reflete mais a assistência à saúde recebida pelas crianças e mães do que o bem-estar social, estando associada tanto a fatores biológicos como à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. A redução da mortalidade neonatal é mais difícil e sua prevenção envolve investimentos em serviços hospitalares de tecnologia mais complexa.

A Mortalidade Infantil Neonatal precoce tende a crescer e a Mortalidade Infantil Tardia tende a decrescer no Brasil. A implantação de programas sociais direcionados à saúde pública, como os de vacinação em massa, incentivo ao aleitamento materno, os de acompanhamento da gestante durante o período pré-natal e do recém-nascido, bem como a relativa expansão do sistema de saneamento básico, entre outros, concorreu para mudar sensivelmente o comportamento destas proporções em nosso país (VELOSO, 2019).

Veloso (2019) afirma que no Brasil, a mortalidade neonatal correspondeu a nove mortes neonatais para cada 1.000 nascidos vivos no ano de 2016, uma diminuição expressiva comparada ao ano de 1990, quando o valor era de 25 mortes neonatais para cada 1.000 nascidos vivos. Apesar dessa diminuição, ainda é bastante elevada e diferente entre as regiões do país. O autor avaliou quais fatores de risco se associam com a mortalidade neonatal no Brasil de forma significativa. Segundo o mesmo são os seguintes:

Tabela 03. Fatores de risco para a mortalidade neonatal no Brasil.

FATORES LIGADOS A MÃE	<ul style="list-style-type: none"> • Gestação de mães sem companheiros • Gestação de mães com idade igual ou superior a 35 anos. • Gestação múltipla.
------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Gestação com intercorrências • Pré-natal inadequado ou não realizado. • Parto cesáreo
FATORES LIGADOS AO RECÉM NASCIDO	<ul style="list-style-type: none"> • Idade gestacional inferior a 37 semanas. • Apegar com pontuação inferior a sete no quinto minuto. • RN do sexo feminino. • RN com má formação congênita. • RN com peso baixo e muito baixo ao nascer.

Legenda: RN – Recém-nascido. Fonte: Adaptado de Veloso e colaboradores 2019.

7.4 CAUSAS DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL

As causas das mortes de crianças estão relacionadas com a mal nutrição e a falta de acesso a cuidados primários de saúde e infraestruturas, como água e saneamento, em muitos países em desenvolvimento (CERQUEIRA, 2020).

Segundo Cerqueira (2020), de acordo com os dados da pesquisa produzida na Fundação Seade, apenas dois grupos de causas de morte – as perinatais e as malformações congênitas – são responsáveis por praticamente 80% das mortes infantis.

Para o autor as causas perinatais – aquelas relacionadas a problemas na gravidez, no parto e no nascimento – representaram 57,95% das mortes infantis. Entre 2000 e 2012, suas taxas diminuíram mais de 30% (de 9,69 para 6,65 óbitos por mil nascidos vivos), sendo esse grupo de causa o principal responsável pelo declínio da mortalidade infantil (55,30% do total da redução).

Nesse mesmo período, as mortes infantis por malformações congênitas foram as que apresentaram o menor decréscimo das taxas (apenas 11,61%), passando de 2,83 para 2,50 óbitos por mil.

Assim, sua participação no total das mortes infantis aumentou de 16,67% (2000) para 21,76% (2012). Essas causas estão entre os problemas médicos de prevenção e cura mais

difíceis, por serem decorrentes de diversos fatores, como anomalias do sistema nervoso central e do aparelho respiratório, entre outras.

Por seu turno, as mortes infantis por doenças do aparelho respiratório e por doenças infecciosas e parasitárias, que na década de 1980 eram as principais causas de mortalidade infantil do Estado do Pará, têm hoje peso relativamente pequeno: em 2012, responderam por 5,36% e 4,64% dos óbitos infantis, respectivamente. Mesmo com participação relativamente pequena, 15,19% da redução da mortalidade infantil verificada entre 2000 e 2012 deveu-se às mortes por doenças do aparelho respiratório e sua taxa passou de 1,45 para 0,62 óbitos por mil.

Também as doenças infecciosas e parasitárias diminuíram nesse período, ao passar de 0,96 para 0,53 óbitos por mil, e contribuíram com 7,90% da redução da mortalidade infantil.

7.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DURANTE O PRÉ-NATALNO COMBATE A MORTALIDADE INFANTIL.

Considera-se que o enfermeiro em sua formação acadêmica está habilitado para realizar a consulta de enfermagem e a assistência ao pré-natal de baixo risco. Além disso, esse procedimento é respaldado em lei (em respeito à Lei do exercício profissional 7499/86 e o Decreto 94.406.187). A atuação desse profissional contribui na no combate à mortalidade infantil uma vez que o mesmo atua na prevenção de determinados fatores que causam a mortalidade infantil. Fatores estes que estão sendo discutidos no decorrer deste trabalho.

Segundo Silva (2006) o pré-natal constitui um período em que as mulheres grávidas podem esclarecer suas dúvidas e ansiedades e interessar por obter mais informações. O indispensável é que essas informações estejam corretas, a fim de lhes possibilitar se libertarem do despreparo e da desinformação e se tornarem conscientes e agentes da própria saúde e bem estar. Sendo assim, cabe aos profissionais de saúde acolher bem as gestantes e ter conhecimento científico para saber orientá-las quanto suas dúvidas e inseguranças.

A gravidez representa inúmeras e importantes alterações e transformações, tanto na vida da mulher gestante como de sua família. Momento este também onde a gestante deve voltar seus cuidados para a sua saúde e de seu bebê, visto que tal momento também repercute em vários aspectos da vida da mulher, envolvendo aspectos não só físicos como também emocionais e apesar de se tratar de fato natural, durante a gravidez há necessidade que se estabeleçam cuidados relacionados à saúde da mulher e do bebê, cuidados estes que acompanharão a mulher desde a confirmação da gravidez até o nascimento da criança, relacionando-se a todos os aspectos concernentes à gestação, nascimento e cuidados com o bebê (SILVA, 2003 p. 56).

Segundo o Ministério da Saúde (2006) o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da sua gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, isso desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco.

Segundo o Ministério da Saúde, compreende-se por pré-natal um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que tem por objetivo promover a saúde e identificar precocemente problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto (BRASIL/MS, 2006).

Para tanto, o enfermeiro, ao realizar a consulta de enfermagem pré-natal em Unidade Básica, tem como um de seus propósitos que a gestação flua de maneira que não haja intercorrências clínicas, que seja uma gravidez sem complicações.

Ao realizar a consulta, o enfermeiro não só pretende contribuir para que a mulher tenha uma gravidez sem complicações, como também que seja uma gestação tranquila e prazerosa, podendo ser resumida como uma gravidez saudável (FIGUEREDO, 1993, p. 68-71).

Em relação ao profissional de enfermagem é importante sua participação desde o início, participando ativamente do acolhimento a gestante, incentivando a gestante a continuar a fazer parte ativa de seu pré-natal; o enfermeiro literalmente acompanha a gestante no decorrer do seu ciclo gravídico-puerperal, seja através da elucidação de conceitos, fatos, situações, ao sanar dúvidas, contribuindo em suma para a realização correta e adequada do pré-natal; auxiliando na transmissão de troca de conhecimentos entre as gestantes.

Entretanto para que o mesmo possa prestar uma assistência pré-natal adequada, que atenda às necessidades da gestante, suas ações devem estar embasadas cientificamente e também metodologicamente, sendo que este influi significativamente na qualidade da prestação de cuidados de enfermagem a gestante no acompanhamento pré-natal (MARQUES, 2004, p. 33-36).

A atuação do enfermeiro no cuidado às gestantes vem ganhando destaque desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Em 1985, apesar de ainda não ter sido possível elucidar alguns obstáculos como a caracterização do papel do enfermeiro tendo em vista uma melhor especialização de suas funções, e definições mais concretas quanto à prática da consulta e da execução do parto (SEPÚLVEDA, 2000).

De acordo com Brasil (2006), e comentado por Souza et al. (2005), a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº 94.406/87 – estabelece, que o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pelo enfermeiro a partir de então.

Para Teixeira (2010) a influência que os profissionais de enfermagem detêm sobre a assistência pré-natal é de grande relevância, colaborando para a transmissão de informações, pela prestação de cuidados, pela escuta terapêutica, e demais fatores contribuindo em essência de sua profissão. O enfermeiro desempenha importante papel estratégico no processo educativo de gestantes, sendo esse momento visto como único para o desenvolvimento de ações educativas envolvendo as amplas dimensões do processo de cuidar.

A Consulta de Enfermagem consta na Portaria SS-G6 de 07/0311988, como atribuição do enfermeiro e deferida como o meio para prestar assistência direta ao paciente e ou clientes, sua ação é planejada durante seu desenvolvimento, abrange orientações ampliadas e condutas de acordo com as necessidades diagnosticadas e ou protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Possui um caráter educativo, humanizado e aspira à formação de vínculo com o cliente e ou família (COFEN, 2002).

O papel do enfermeiro em todos os níveis da assistência e, principalmente no período de pré-natal, é de grande relevância. No que se refere essa assistência, ele deve mostrar à população a importância do acompanhamento da gestação na promoção da saúde, prevenção e tratamento de distúrbios, durante e após a gravidez, bem como informá-la dos serviços disponíveis. Nesse contexto, ressalta-se a questão de se atender às expectativas da clientela, com particular atenção aos padrões de serviços e solução de queixas, problemas e outras necessidades, quando se refere à satisfação do cliente (COTTA et al, 2005, p. 217-8).

O enfermeiro precisa entender que a comunicação dialógica deve ser fundamentada na prática do cuidar, e não fazer tentativas de controlar ou modificar a pessoa ou prescrever somente tratamentos; mas sim, estar disposto a interagir, ensinar e aprender com o indivíduo e com o coletivo, através de ações educativas, conforme Figueiredo e Tonini (2008). Não deve haver coerção ou ordem, mas orientação e argumentações, com base teórica e prática; caso contrário, os profissionais de saúde estarão criando barreiras intransponíveis.

As consultas de enfermagem na fase pré-natal poderão ser feitas na unidade de saúde ou no domicílio, por ocasião da visita domiciliar. O Ministério da Saúde (2000) refere que o calendário de atendimento pré-natal deve ser programado na primeira consulta, em função da

idade gestacional, dos períodos mais adequados para a coleta de dados necessários ao bom seguimento da gestação.

Deve-se intensificar a vigilância, pela possibilidade maior de incidência de complicações, e por contar-se com recursos nos serviços de saúde e pela possibilidade de acesso da clientela a eles. O intervalo entre as consultas deverá ser de quatro semanas. Após a 36ª semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, visando, entre outras ocorrências, a avaliação da pressão arterial, a verificação de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardíacos.

A importância do enfermeiro em todos os níveis da assistência e, principalmente, na Atenção Básica é de substancial relevância. No que concerne à assistência pré-natal, ele deve mostrar à população a importância do acompanhamento da gestação na promoção, prevenção e tratamento de distúrbios durante e após a gravidez bem como informá-la dos serviços que estão à sua disposição, além disso, o enfermeiro deve servir de instrumento para que a gestante adquira autonomia, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e encorajando a mesma a decidir sobre sua vida e sua saúde, levando em consideração que a mesma vivencia um momento único que é a gravidez. Ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança em seu ventre, o medo do parto, o medo de não poder amamentar, entre outros, são sentimentos comuns presentes nas gestantes (SANTANA, 1998, p 64).

Concluimos essa seção, chamando a atenção aos benefícios que uma assistência qualificada e humanizada durante o pré-natal pode trazer tanto para a mãe quanto para o bebê, bem como sobre o papel do enfermeiro como profissional educador e provedor de saúde, devendo, para isto, estar cada vez mais capacitado para assumir a responsabilidade de acompanhar e executar as ações do pré-natal.

As expectativas se referem à compreensão da importância que o enfermeiro exerce na assistência prestada de uma maneira correta, com responsabilidade e com conhecimento técnico-científico a uma gestante durante o período do pré-natal, assegurando-a uma gravidez saudável e livre de riscos. Observa-se também, que o enfermeiro, pelo fato de sua prática relacionar-se aos vários aspectos do acompanhamento pré-natal, detém importante influência sobre a qualidade e efetividade da assistência prestada nesse período, sendo importante e relevante sua participação na educação em saúde e nos fatos repercutidos por ela.

Os benefícios para a gestante são inúmeros, pois o período do pré-natal é uma preparação física e psicológica, para o parto e é também um momento de grande aprendizagem para as gestantes além de uma oportunidade para os enfermeiros desenvolverem a educação em saúde. A assistência pré-natal e a atuação do enfermeiro neste é de grande relevância, visto que o pré-natal visa contribuir para a melhor qualidade de vida da gestante e do bebê, pois compreende diversas e amplas ações que vem de encontro às alterações não só fisiológicas gestacionais e fetais, mas também as emocionais e familiares que ocorrem durante uma gestação. A compreensão dessas alterações possibilita uma melhor interpretação das ações desenvolvidas, pois quando percebe a repercussão das atitudes tomadas à gestante passa a ver com outros olhos a execução de tantos exames, procedimentos e participação em ações educativas.

O enfermeiro deve direcionar as ações, com intuito de promover à adesão da gestante as ações pré-natais, executando suas ações a partir de princípios educacionais, participativos e interacionistas, agindo de modo a atender as necessidades e particularidades da gestante. Além disso, é de grande valia que os membros da equipe de enfermagem utilizem uma linguagem clara, formando grupos de gestantes, promovendo a transmissão de informações corretas, sanando dúvidas e possibilitando a efetivação de ações humanizadas do cuidado, para com isso, obter a formação de um vínculo entre a gestante, o serviço de saúde e os profissionais, o qual se refletirá na continuidade do cuidado prestado aos sujeitos envolvidos.

Muitas são as dimensões com as quais o enfermeiro está comprometido, pois através do cuidado ele previne, protege, trata, recupera, promove e produz saúde. Vários são os desafios quando se assume a responsabilidade de lidar com o ser humano, ficando evidente que tão importante quanto os resultados alcançados é todo o processo que envolve o pré-natal.

A consulta de enfermagem traz grandes benefícios para a população em geral e também para as instituições de saúde já que as gestantes de baixo risco podem ser atendidas por enfermeiros e deixar as consultas médicas somente para as gestantes de alto risco. Esta seção também deixa claro que as ações desenvolvidas pelo enfermeiro na consulta de pré-natal são entre outras, a de utilizar componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação da cliente.

PRESSUPOSTOS METODOLOGICOS

8.PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, observacional, descritivo, explicativa do tipo transversal, com dados secundários, referindo-se a prevalência da mortalidade infantil de residentes em Marabá – PA no ano de Janeiro de 2018 a Dezembro de 2019, obtidos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de informação de Mortalidade (SIM). Além de uma revisão de literatura, no que nos deu subsídios para avaliar, analisar e validar os dados

Segundo Gil(1999), esse tipo de estudo é caracterizado por um estudo profundo, com poucos objetos, de maneira a permitir o conhecimento amplo e detalhado.

O banco de dados foi estruturado com o uso do programa TABWIN (versão 3.6). Os Softwares utilizados neste estudo foram: Word e Excel (versão XP 2007) for Windows como processador de textos e para elaboração de gráficos, na realização das tabelas de frequência, o TABWIN(versão3.6) para extração dos dados secundários provenientes do Sistema de informação de Mortalidade (SIM)e do Sistema de Informações sobre Nascimentos(SINASC)do Ministério da Saúde.

Segundo Dalfovo (2008), a pesquisa quantitativa é definida pelo uso da “quantificação”, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se de técnicas estatísticas e objetiva, resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS) constitui-se em uma fonte alternativa ao Registro Civil, de dados de óbitos no país. Criado em 1976, a partir da implantação do modelo padronizado da declaração de óbito (DO) em todo o território nacional, o SIM é justificado não só para o atendimento de exigências legais, mas tem o objetivo principal de fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade no país (MELLO, 2007).

Portanto a pesquisa não precisará ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, por utilizar dados secundários.

8.1 TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo empregado é o transversal enfatizando a prevalência da mortalidade infantil no Hospital Materno Infantil de Marabá, estudando casos antigos e novos num local específico, e num tempo determinado. Sendo assim, ROUQUAYROL(1994), define a pesquisa transversal como sendo um estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico.

8.2 LOCAL DE ESTUDO

O município de Marabá pertence à mesorregião sudeste paraense e à microrregião Marabá, com as seguintes coordenadas geográficas: 05° 21' 54'' Latitude Sul e 04° e 07° 24' Longitude WGr. De acordo com IBGE (2019), a população de Marabá corresponde a 279.349 habitantes. O estudo foi realizado na cidade de Marabá-PA, por meio de consulta aos dados secundários das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) obtidos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e das Declarações de Óbitos (DO) obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do período de 2018 a 2019, a partir da base de dados do DATASUS/SIM/SINASC local como fonte de estudo.

O local escolhido deu-se pelo de possuir uma única unidade hospitalar na cidade de Marabá que possui uma UCI – Unidade de Condicionamento Intermediário vinculada ao SUS.

8.3 AMOSTRA

Na amostra foram utilizados todos os óbitos infantis menores de um ano, ocorridos em residentes do Município de Marabá-PA, tendo como fonte de dados, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o qual consta no DATASUS, assim será verificado os neomortos nascidos, no período de 2017 a 2018.

8.4 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados teve como objetivo principal permitir o estabelecimento das conclusões da pesquisa a partir dos dados coletados e tabulados. A análise referente a esta pesquisa tem caráter descritivo, de modo a proporcionar informações sumarizadas dos dados contidos no total de elementos da amostra estudada. Para a realização completa do trabalho, foi realizada análise quantitativa e cruzamento dos dados secundários obtidos do DATASUS,

SINASC e SIM, onde serão gerados pelo TABWIN32, tabulados em planilha de Excel®2016 e analisados no software bioestat 5.0.

8.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo avaliou as informações a partir do site do DATASUS, SENASC e SIM, publicadas por meio de bases de dados eletrônicos. Por este motivo, o presente estudo não foi submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução 510/16 Art. 1º Parágrafo único, por envolver apenas dados de domínio público que não identifica os participantes da pesquisa, ou apenas revisão bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos, arquivos e prontuários não necessitam aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP.

8.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

8.6.1 Critério de Inclusão

Foram considerados como critério de inclusão no estudo, os nascidos vivos e os óbitos em menores de um ano, do período da pesquisa, cujo local de nascimento e endereço de residência da mãe seja o município de Marabá, no período de 2017 a 2018.

8.6.2 Critério de Exclusão

Foram considerados como critério de exclusão no estudo, os nascidos vivos e os óbitos em menores de um ano, do período da pesquisa, nascido em Marabá, cujo local de residência da mãe seja proveniente de outros Municípios, no período de 2017 a 2018.

8.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

Estima-se que quase todos os óbitos neonatais são passíveis de ações de intervenção, pela assistência adequada à Gravidez, ao Parto e ao Puerpério (SANTA HELENA; SOUSA; SILVA, 2005). Por isso, o monitoramento e elucidação dos fatores de risco para a mortalidade neonatal são tão importantes. O de grupos de risco, além de detectar as necessidades de saúde estudo dos fatores de risco dos óbitos neonatais possibilita a implementação benefícios de acordo os achados, esclarecendo os possíveis eventos determinantes, a identificação de subgrupos populacionais, permitindo o planejamento de intervenções voltadas à redução dos óbitos infantis (ALMEIDA; BARROS, 2004). Com relação ao período neonatal, alguns fatores como os relacionados ao perfil sócio demográfico, às características da gestação, parto e recém-nascido são determinantes.

Logo, os riscos para pesquisa são mínimos, por tratar-se de uma pesquisa que utiliza dados secundários para composição de seus resultados, tendo em vista como benefícios a colaboração com o campo científico e a possibilidade de prevenção da mortalidade infantil no município de Marabá, a partir dos resultados da pesquisa.

ANÁLISES, RESULTADOS E CONCLUSÕES DA PESQUISA

9. SITUAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO INTERIOR DA AMAZÔNIA – Hospital Materno Infantil (HMI), Marabá Pará.

O Município de Marabá tem uma população estimada no ano de 2019 de 279.349 habitantes (População no último censo 2010 - 233.669 hab.), segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. O município de Marabá atingiu um total de 9.707 crianças nascidas de mães residentes entre os anos de 2017 e 2018 no hospital materno infantil (HMI).

A população da sede municipal, compreendida nas aglomerações da Marabá Pioneira; Complexo Cidade Nova (abrange vários bairros com grande densidade populacional como Liberdade, Laranjeiras, Novo Planalto, Novo Horizonte e outros); Complexo Nova Marabá, (composto também por bairros com grande densidade populacional, como Folhas 28, 27, 12 e vários outros); além dos bairros de São Felix; São Félix I; São Félix II; São Félix III e Morada Nova, o que representa que a população urbana é de 89,08 % (240.882) da população total do município, e o crescimento dessa estimativa é inevitável, já que a cidade está em processo de desenvolvimento e recebe muitas pessoas vindas de outras localidades, sendo considerado atualmente um dos mais importantes municípios e referência em diversos serviços como saúde, educação, desenvolvimento econômico e social no sudeste do Estado do Pará, sendo considerada ainda como um dos principais destinos de pessoas originárias de Estados vizinhos. Em relação a taxa de mortalidade infantil, a média na cidade no ano de 2018 é de 18,68 para 1.000 nascidos vivos.

9.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Inicialmente, os dados foram importados do DATASUS – Tecnologias da Informação a Serviço do SUS e organizados em tabelas com o apoio do programa Microsoft Office Word 2013, para o agrupamento em categorias relativas a cada variável. Em seguida, foram realizadas análises do quantitativo de crianças nascidas no município de Marabá no hospital materno infantil por mês entre os anos de 2017 e 2018 no município de Marabá –

Estado do Pará; Crianças que tiveram óbitos menor que um ano de nascimento no município; Crianças que tiveram óbitos menor que um ano de nascimento no município por faixa etária; Crianças que tiveram óbitos menor que um ano de nascimento no município por faixa etária relacionada a patologia que levou ao óbito; Crianças que tiveram óbitos menor que um ano de nascimento no município por faixa etária relacionada a patologia que levou ao óbito por algumas afecções originadas no período perinatal – CID: 10 – XVI; Diagnósticos das possíveis causas que levaram as crianças ao óbito menor que um ano de nascimento no município e por último crianças que tiveram óbitos menor que um ano de nascimento no município por causas evitáveis.

9.2 RESULTADOS DA PESQUISA

As informações aqui apresentadas foram retiradas do DATASUS – Tecnologias da Informação a Serviço do SUS. As tabelas abaixo mostram o quantitativo de crianças nascidas, óbitos, patologias e situações evitáveis entre os anos de 2017 e 2018 no município de Marabá – Estado do Pará.

Tabela 04 - Quantitativo de crianças nascidas no município de Marabá no hospital materno infantil (HMI) por mês entre os anos de 2017 e 2018.

Mês do Nascimento	Ano - 2017	Ano - 2018	Total
Janeiro	329	385	714
Fevereiro	346	354	700
Março	417	356	773
Abril	376	406	782
Mai	418	461	879
Junho	417	416	833
Julho	429	436	865
Agosto	415	436	851
Setembro	378	385	763
Outubro	432	459	891
Novembro	409	422	831
Dezembro	398	427	825
TOTAL GERAL	4764	4943	9707

Fonte: MS/SVC/DASIS – Sistema de informação sobre nascidos vivos – SINASC – 2020.

A tabela acima mostra o quantitativo de crianças nascidas no município de Marabá entre os anos de 2017 e 2018, com ênfase no quantitativo crescente entre os anos, onde em 2018 tivemos um crescimento de 3,7% em relação ao ano de 2017.

Tabela 05 - Crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município de Marabá no hospital materno infantil (HMI) entre os anos de 2017 e 2018.

Mês do Óbito	Ano do Óbito		Total
	2017	2018	
Janeiro	16	05	10
Fevereiro	04	05	09
Março	08	07	15
Abril	03	07	10
Mai	05	08	13
Junho	14	13	27
Julho	07	07	14
Agosto	07	08	15
Setembro	10	06	16
Outubro	13	06	19
Novembro	07	03	10
Dezembro	05	05	10
TOTAL GERAL	89	80	169

Fonte. MS/SVC/DASIS – Sistema de informação sobre nascidos vivos – SINASC – 2020.

Após Identificarmos no quadro anterior o quantitativo de crianças nascidas vivas no município de Marabá entre os anos de 2017 e 2018, mostramos aqui o quantitativo dessas crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município. De 9707 crianças nascidas entre 2017 e 2018, 169 tiveram óbitos antes de completar um ano de idade, isso corresponde 17,1 % do total de crianças nascidas. Um quantitativo muito alto de óbitos.

Tabela 06 - Crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município de Marabá nascidas no hospital materno infantil por faixa etária entre os anos de 2017 e 2018.

Faixa etária	Ano - 2017	Ano - 2018	Total
0 à 06 dias	45	35	80
07 à 27 dias	18	13	31
28 à 364 dias	26	32	58
TOTAL GERAL	89	80	169

Fonte. MS/SVC/DASIS – Sistema de informação sobre nascidos vivos – SINASC – 2020.

Das 169 crianças que tiveram óbitos antes de completar um ano de idade entre os anos de 2017 e 2018 o que corresponde 17,1 % do total de crianças nascidas entre esses anos, 80 tiveram óbitos até 06 dias pós o nascimento – 0,81% do total de crianças nascidas. 31 crianças tiveram óbitos entre 07 a 27 dias pós o nascimento - 0,32% do total de crianças nascidas e 58 crianças tiveram óbitos entre 28 a 364 dias pós o nascimento - 0,58% do total de crianças nascidas.

Tabela 07 - Crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município de Marabá no hospital materno infantil (HMI) por faixa etária relacionada a patologia que levou ao óbito entre os anos de 2017 e 2018 – mal formação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas – CID: 10 - XVII.

Faixa etária	Ano - 2017	Ano - 2018	Total
0 à 06 dias	10	05	15
07 à 27 dias	02	02	04
28 à 364 dias	06	06	12
TOTAL GERAL	18	13	31

Fonte. MS/SVC/DASIS – Sistema de informação sobre nascidos vivos – SINASC – 2020.

Aqui apresentamos o quantitativo de crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município de Marabá por faixa etária, relacionada a causas que levaram ao óbito. 15 tiveram óbitos até 06 dias pós o nascimento, por doenças causadas pela mal formação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas –0,15% do total de crianças nascidas. 04 crianças tiveram óbitos entre 07 a 27 dias pós o nascimento, por doenças causadas pela mal formação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas - 0,04% do total de crianças nascidas e 12 crianças tiveram óbitos entre 28 a 364 dias pós o nascimento, por doenças causadas pela mal formação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas - 0,12% do total de crianças nascidas.

Tabela 08 - Crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município de Marabá no hospital materno infantil (HMI) por faixa etária relacionada a patologia que levou ao óbito 2017 e 2018 – algumas afecções originadas no período perinatal – CID: 10 - XVI.

Faixa etária	Ano - 2017	Ano - 2018	Total
0 à 06 dias	33	28	61
07 à 27 dias	14	11	25
28 à 364 dias	16	14	20
TOTAL GERAL	53	53	106

Fonte. MS/SVC/DASIS – Sistema de informação sobre nascidos vivos – SINASC – 2020.

Aqui temos o quantitativo de crianças que tiveram óbitos causados por algumas afecções originadas no período perinatal, menor que um ano de idade no município de Marabá. 61 tiveram óbitos até 06 dias pós o nascimento, por afecções originadas no período perinatal – 0,61% do total de crianças nascidas. 25 crianças tiveram óbitos entre 07 a 27 dias pós o nascimento, por afecções originadas no período perinatal- 0,25% do total de crianças nascidas e 20 crianças tiveram óbitos entre 28 a 364 dias pós o nascimento, por afecções originadas no período perinatal- 0,20% do total de crianças nascidas.

Tabela 09 - Diagnósticos das crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município de Marabá no hospital materno infantil (HMI) entre os anos de 2017 e 2018 – Diagnósticos que causaram o óbito.

LISTA DE MORTALIDADE CID.10	Ano - 2017	Ano - 2018	Total
Algumas afecções originadas no período perinatal			
Restante das afecções perinatais	08	17	25
Septicemia bacteriana do recém-nascido	08	09	17
Outras afecções respiratória do recém-nascido.	09	07	16
Desconforto respiratório do recém-nascido.	11	03	24
Transtornos relacionados a duração da gravidez.	05	06	11
Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer.	06	04	10
Feto e recém-nascidos afetados por fatores maternos.	03	02	05
Pneumonia congênita.	02	03	05
Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto.	01	02	03
TOTAL GERAL	53	53	106

Fonte. MS/SVC/DASIS – Sistema de informação sobre nascidos vivos – SINASC – 2020.

Apresentamos nesta tabela os diagnósticos das crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município de Marabá entre os anos de 2017 e 2018. Das 9707 crianças nascidas entre os anos de 2017 e 2018, vinte e cinco (25) delas tiveram óbitos causados por restante das afecções perinatais - 0,25% do total de crianças nascidas. 17 por septicemia bacteriana do recém-nascido - 0,17% do total de crianças nascidas. 16 por outras afecções respiratória do recém-nascido - 0,16% do total de crianças nascidas. 24 por desconforto respiratório do recém-nascido - 0,25% do total de crianças nascidas. 11 por transtornos relacionados a duração da gravidez - 0,12% do total de crianças nascidas. 10 por hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer - 0,11% do total de crianças nascidas. 05 por feto e recém-nascidos afetados por fatores maternos 0,05% do total de crianças nascidas. 05 por pneumonia congênita - 0,05% do total de crianças nascidas. 03 por transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto- 0,03% do total de crianças nascidas.

Tabela 10 - Crianças que tiveram óbitos por causas evitáveis menor que um ano de nascimento no município de Marabá no hospital materno infantil (HMI) entre os anos de 2017 e 2018.

CAUSAS EVITÁVEIS	Ano - 2017	Ano - 2018	Total
Causas evitáveis	16	18	34
Reduzíveis atenção gestação parto feito recém-nascido.	06	13	19
Demais causa não claramente evitáveis	07	10	17
Reduzíveis ações diagnóstico e tratamento adequado	06	04	10
Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido	02	08	10
Causas mal definidas	03	04	07
Sintomas, sinais e achados anormais.	03	04	07
Outras doenças bacterianas.	04	02	06

Reduzíveis ações, promoções à saúde vinc. Aç. At.	04	01	05
Transtorno respiratórios específicos do período neonatal.	02	03	05
Reduzíveis por adequada atenção a mulher no parto.	-	05	05
Reduzíveis por adequada atenção a mulher na gestação.	04	-	04
Infecção por neonatal exc. SRC e hepat. Viral cong.	-	04	04
Pneumonia	02	01	03
Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer.	-	03	03
Doenças infecciosas intestinais.	02	-	02
Síndrome da angustia respiratório do recém-nascido.	02	-	02
Síndrome da aspiração neonatal excet. Leite alim. regurg.	-	02	02
Desnutrição e outras deficiências nutricionais.	-	01	01

Fonte. MS/SVC/DASIS – Sistema de informação sobre nascidos vivos – SINASC – 2020.

Finalizamos as análises das tabelas, apresentando as causas evitáveis para as crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município de Marabá entre os anos de 2017 e 2018. São 19 causas evitáveis apresentadas acima. Priorizando essas causas teríamos entre os anos de 2017 e 2018 um total de 146 crianças que não teriam óbito, totalizando uma porcentagem de 17 % de crianças a menos entrada em óbito em relação as 9707 crianças nascidas entre esses dois anos.

10. DISCUSSÕES

Identificou-se, com análise ajustada nas categorias relativas a cada variável das tabelas acima o quantitativo de crianças nascidas no município de Marabá entre os anos de 2017 e 2018 num total de 9707 crianças nascidas. A análise mostra um quantitativo crescente de nascimento entre o ano de 2017 e 2018 de 3,7%.

De 9707 crianças nascidas entre 2017 e 2018, 169 tiveram óbitos antes de completar um ano de idade, isso corresponde 17,1 % do total de crianças nascidas. Um quantitativo muito alto de óbitos, que necessita que a gestão pública do município de Marabá reconheça tal fato e desenvolva estratégias para que as políticas públicas voltadas para a gestante do município de fato tenha e seja eficaz.

É importante fundamentarmos que quase todos os óbitos neonatais são passíveis de ações de intervenção, pela assistência adequada à Gravidez, ao Parto e ao Puerpério (SANTA HELENA; SOUSA; SILVA, 2005). Deixamos claro em nossa discussões que para amenizar tais situações, deve se levar os dados aqui apresentados com seriedade e responsabilidades acerca de uma assistência adequada.

Das 169 crianças que tiveram óbitos antes de completar um ano de idade entre os anos de 2017 e 2018 o que corresponde 17,1 % do total de crianças nascidas entre esses anos,

80 tiveram óbitos até 06 dias pós o nascimento – 0,81% do total de crianças nascidas. 31 crianças tiveram óbitos entre 07 a 27 dias pós o nascimento - 0,32% do total de crianças nascidas e 58 crianças tiveram óbitos entre 28 a 364 dias pós o nascimento - 0,58% do total de crianças nascidas. É importante que a secretaria de saúde do município crie estratégias para que as mortalidades nessas faixas etárias sejam diminuídas, o índice de mortalidade em cada uma das faixas especificamente, entendendo que cada uma dessas faixas tem suas particularidades.

Em relação a causas que levaram ao óbito essas crianças, seja pela mal formação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas ou por algumas afecções originadas no período perinatal é interessante compreender o que leva as mães a terem seus fetos comprometidos por tais causas e criar um atendimento ou uma estratégia de acompanhamento que possa impactar na diminuição desses motivos.

Por isso deixamos claro neste trabalho na seção anterior a importância que o monitoramento e elucidação dos fatores de risco para a mortalidade neonatal são tão importantes. O de grupos de risco, além de detectar as necessidades de saúde estudo dos fatores de risco dos óbitos neonatais possibilita a implementação benefícios de acordo os achados, esclarecendo os possíveis eventos determinantes, a identificação de subgrupos populacionais, permitindo o planejamento de intervenções voltadas à redução dos óbitos infantis (ALMEIDA; BARROS, 2004). Com relação ao período neonatal, alguns fatores como os relacionados ao perfil sócio demográfico, às características da gestação, parto e recém-nascido são determinantes.

Quando apresentamos os diagnósticos das crianças que tiveram óbitos menor que um ano de idade no município de Marabá entre os anos de 2017 e 2018 é assustador o quantitativo de causas apresentados. Vejamos: Das 9707 crianças nascidas entre os anos de 2017 e 2018, vinte e cinco (25) delas tiveram óbitos causados pelorestante das afecções perinatais - 0,25% do total de crianças nascidas. 17 por septicemia bacteriana do recém-nascido - 0,17% do total de crianças nascidas. 16 por outras afecções respiratória do recém-nascido - 0,16% do total de crianças nascidas. 24 por desconforto respiratório do recém-nascido - 0,25% do total de crianças nascidas. 11 por transtornos relacionados a duração da gravidez - 0,12% do total de crianças nascidas. 10 por hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer - 0,11% do total de crianças nascidas. 05 recém-nascidos afetados por fatores maternos - 0,05% do total de crianças nascidas. 05 por pneumonia congênita - 0,05% do total de crianças

nascidas. 03 por transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto - 0,03% do total de crianças nascidas. É interessante que se combata essas causas que já não são admitidas que ocorra no sistema de saúde brasileiro em pleno século XXI. Tais situações são vergonhosas para o nosso sistema de saúde.

Finalizando as análises é importante priorizarmos e as causas evitáveis, para que futuramente possamos diminuir o quantitativo de óbitos de crianças menor que um ano de idade no município de Marabá. São 19 causas evitáveis apresentadas acima se levássemos em consideração essas causas teremos percentual bem menor de mortalidade infantil no município.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresenta um estudo da mortalidade infantil no município de Marabá entre os anos de 2017 e 2018. Tem como relevância seus fatores de risco, diagnósticos e causas evitáveis, considerando-a no âmbito da gestão municipal de saúde à assistência materna e infantil. Desta forma, considerou-se como critério para análise o quantitativo de crianças nascidas e óbitos ponderando a faixa etária de 0 a 364 dias de vida. Tratar-se de uma pesquisa que utiliza dados secundários para composição de seus resultados, tendo em vista como benefícios a colaboração com o campo científico e a possibilidade de prevenção da mortalidade infantil no município de Marabá, a partir dos resultados aqui exposto.

Desta forma, enfatiza-se a necessidade de investimentos e atenção nas políticas públicas voltadas para a saúde no que diz respeito ao planejamento reprodutivo, e no conhecimento da magnitude dos óbitos, devido as possíveis causas aqui apresentadas. Considera-se ainda, a necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas municipais que favoreçam a avaliação e à atenção à saúde da gestante Marabaense, para que esforços sejam mais fortemente envidados para redução da mortalidade infantil neste município.

13. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S.D. de M.; BARROS, M. B. de A. **Atenção à Saúde e Mortalidade Neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. 2004.**

ANDREUCCII, Carla Betina; CECATTIII, Jose Guilherme; MACCHETTIIII, Camila Elias; SOUSA, Maria Helena. **Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. Rev. Saúde Pública** vol.45 no.5, São Paulo. 2011. Acesso em 02 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.**

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/brasil/mortalidade-infantil-no-brasil.htm>. Acesso em 30 de março de 2020.

BRASIL, **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. 2004.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa de saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à saúde da criança: ações básicas.** Brasília – DF, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal.** Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Brasília, 2002.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família.** Brasília, COSAC, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2011 Jun 27; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Rede Cegonha.** Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. Brasília, 2013. Disponível em: Acesso em: 02 de Março de 2020.

BERTOLLI F. C. **História da saúde pública no Brasil: Série História em movimento. 3ª edição.** São Paulo: Ática, 2001.

CERQUEIRA, Wagner Franciscode. **"Mortalidade infantil no Brasil "**; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/brasil/mortalidade-infantil-no-brasil.htm>. Acesso em 30 de março de 2020.

COFEN. Resolução no. 271/2002. Doenças cardiovasculares. São Paulo: **Revista COREN-SP 2002.**

COSTA, M.C.N; AZI, P.A.; PAIN, J.S.; SILVA, L.M.V. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. **Cad. Saúde Pública** 2001;17(3):555-67.

COTTA, R. M. M.; MARQUES, E. S.; MAIA, T. M; AZEREDO, C. M.; et al. **A satisfação dos usuários do programa de saúde da família**: Avaliando o cuidado em saúde. v. 15 (4), p 217-18, 2005.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008ISSN 1980-7031.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MAIA, L.T.S.; SOUZA, W.V.; MENDES, A.C.G. Diferenciais nos fatores de risco para mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. **Cad. Saúde Pública** 2012;28(11):2163-76.

MELLO, J.M.H, et al. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciência Saúde Coletiva**,2007; 12:643-54.

MELLO, M. H. P. J.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D.Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC.**Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.3.

ROUQUAYROL, M.Z; FILHO, N.A. **Epidemiologia e saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro:MEDSI, 1999.

SANTA HELENA, E. T.; SOUSA, C. A.; SILVA, C. A. Fatores de risco para a mortalidade neonatal em Blumenau, Santa Catarina: linkage entre banco de dados. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n. 2, p. 209-217, abr./jun.2005.

SEPULVEDA, A. C. A assistência pré-natal realizada pelo profissional enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 3, n. 1, p 222, 2000.

SILVA, D. S.; SANTOS, I. S.; Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Caderno de Saúde Pública**. v. 17, n. 1, p. 56, 2003.

SILVEIRA, N.; GUIMARÃES, F. R.; FRAGA, M. R.; Qualidade da Atenção ao Pré- natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 61, n.5, p. 112-109, out. 2005.

TEIXEIRA, I. R.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHÃES, S. R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **Revista Científica do Departamento de Ciências Biológicas, Ambientais e de Saúde**. v. 3, n. 2, p. 91-95, 2010.

VELOSO FCS, et al. Análise dos fatores de risco na mortalidade neonatal no Brasil: uma revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais. **Jornal de Pediatria**, junho 2019.

ANEXO 01:



DECLARAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Eu, Professor(a) Kecyani Lima Reido Curso de Enfermagem da Faculdade dos Carajás, aceito orientar o trabalho intitulado Estudo da Mortalidade Infantil em uma Maternidade no Interior da Amazônia de autoria de Renan Barros Braga e Rose Daiane Miranda da Costa. Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

Marabá, 10 de Junho de 2020.

Kecyani Lima dos Reis

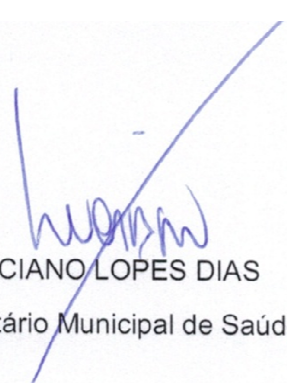
ANEXO 02:



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARABÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARABÁ
GABINETE DO SECRETÁRIO

Eu, Luciano Lopes Dias, em nome da Secretaria Municipal de Saúde de Marabá, declaro ter conhecimento do projeto de TCC intitulado “**ESTUDO DA MORTALIDADE INFANTIL EM UMA MATERNIDADE NO INTERIOR DA AMAZÔNIA**”, de autoria dos discentes **Renan Barros Braga e Rose Daiana Miranda da Costa**, sob orientação da Prof^a. **Kecyani Lima dos Reis** do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Carajás, autorizo o acesso às Dependências da Vigilância em Saúde, Setor de Epidemiologia para a realização de Pesquisa e impressão junto SINASC – Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos e SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade no HMI – Hospital Materno Infantil de Marabá para o trabalho durante o período preestabelecido pelo cronograma do projeto, respeitando o sigilo de todos os dados coletados e utilizando-os unicamente para a execução dessa pesquisa. Estamos também cientes e concordamos com a publicação dos resultados encontrados em revistas científicas ou eventos na esfera acadêmica, sendo obrigatoriamente citada na publicação a Secretaria Municipal de Saúde de Marabá como local de realização do trabalho.

Marabá/PA, 10 de ABRIL de 2020


LUCIANO LOPES DIAS
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO 03:

[brasilescola.uol.com...](#) [2,24%]

[scielo.iec.gov.br/sc...](#) [1,22%]

[saude.go.gov.br/comp...](#) [0,59%]

[prefeitura.sp.gov.br...](#) [0,56%]

[ebc.com.br/noticias/...](#) [0,29%]

[educador.brasilescol...](#) [0,25%]

[ibge.gov.br/apps/pop...](#) [0,05%]

Arquivo de entrada: TCC-Renan - Revisado final 20 05.docx (10671 termos)

Arquivo encontrado		Total de termos	Termos comuns	Similaridade (%)	
brasilescola.uol.com...	Visualizar	1154	260	2,24	
scielo.iec.gov.br/sc...	Visualizar	4338	182	1,22	
saude.go.gov.br/comp...	Visualizar	2168	76	0,59	
prefeitura.sp.gov.br...	Visualizar	1097	66	0,56	
ebc.com.br/noticias/...	Visualizar	765	34	0,29	
educador.brasilescol...	Visualizar	703	29	0,25	
ibge.gov.br/apps/pop...	Visualizar	137	6	0,05	
scielo.br/scielo.php...	-	-	-	-	Parece que o site desse link está indisponível no momento. HTTP response code: 500
valor.globo.com/bras...	-	-	-	-	Parece que o documento foi removido do site ou nunca existiu. HTTP response code: 404
tabnet.datasus.gov.b...	-	-	-	-	Parece que o documento foi removido do site ou nunca existiu. HTTP response code: 404