

PERFIL DA MORTALIDADE NEONATAL DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN: VIDAS EVITAVELMENTE PERDIDAS

Ana Luiza da Silva Godeiro¹, Polyanna Keitte Fernandes², Isabel Brandão³, Samara Keylla Dantas Brasil⁴, Akemi Iwata Monteiro⁵

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Rua Francisco Maia Sobrinho 2002, Lagoa Nova, Natal/RN, ana.lsg@hotmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Rua Potengi 449, Petrópolis, Natal/RN, polyanna_keitte@hotmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Rua Joaquim Patrício 2598, Praia de Cotovelo, Condomínio Corais de Cotovelo, Apto 202 AZ, isabrandao_ab@hotmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Rua Joaquim Patrício 2598, Praia de Cotovelo, Condomínio Corais de Cotovelo, Apto 202, Torre Azul, samara.brasil@hotmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Rua Professor Adolfo Ramires, nº 2069, Capim Macio, Natal/RN, akemiwata@hotmail.com

Resumo- No Brasil, na última década, observou-se que os óbitos neonatais passaram a ser o principal componente da mortalidade infantil. De acordo com o Ministério da Saúde, a maioria desses óbitos ocorre devido a causas passíveis de prevenção. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo que objetiva apontar as principais causas de óbitos considerados evitáveis para os recém-natos de até 28 dias de vida no município de Natal/RN de 2008 a 2010. Os dados analisados foram extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade e relacionados com a qualidade da assistência e escolaridade materna. Os resultados mostram que 76,4% dos óbitos neonatais ocorridos no município durante esses anos são considerados reduzíveis, principalmente por adequada atenção ao recém nascido e à mulher na gestação. Detectou-se forte associação da mortalidade neonatal com a baixa instrução materna, evidenciando, portanto, que repensar a qualidade dos cuidados da assistência no pré-natal, bem como dos cuidados imediatos no parto, após o nascimento e de acesso à educação parece oportuno e necessário.

Palavras-chave: Mortalidade Neonatal, Assistência à Saúde Materno-Infantil, Assistência Pré-Natal

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde: Enfermagem

Introdução

Óbitos ocorridos no primeiro ano de vida são considerados como evento-sentinelas, um indicador utilizado para medir a qualidade de vida de uma população, a eficácia e o acesso aos serviços de saúde (JOBIM; AERTS, 2008).

Estratégias para prevenir a morte de crianças foram implementadas em nível global, nacional e de pesquisa. Houve também avanços na disponibilização de tecnologias essenciais para o aumento da sobrevivência no período neonatal (0 a 27 dias de vida), no entanto, estima-se que 250 recém-nascidos morrem a cada hora no mundo, em sua maioria devido a causas passíveis de prevenção (LAWN; COUSENS; ZUPAN, 2005).

No Brasil, na última década, observou-se que os óbitos neonatais passaram a ser o principal componente da mortalidade infantil, atualmente responsável por mais da metade dos óbitos no

primeiro ano de vida (DRUMOND; MACHADO; FRANÇA, 2007). De acordo com o Ministério da Saúde, aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos ocorrem por causas evitáveis, entre elas, falta de atenção adequada à mulher durante a gestação, no parto e também ao feto e ao bebê (BRASIL, 2009).

Pelas considerações traçadas, o presente estudo se propõe a apontar as principais causas de óbitos para os recém-natos de até 28 dias de vida no município de Natal/RN, evidenciando os grupos de causas considerados evitáveis. Bem como fazer uma relação das principais causas à escolaridade da mãe e a qualidade da assistência prestada à gestante e ao recém nascido nos serviços de saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo. Segundo Pereira (2005),

epidemiologia é uma ciência que estuda quantitativamente a distribuição dos fenômenos de saúde/doença, e seus fatores condicionantes e determinantes, nas populações humanas. Na abordagem epidemiológica, os estudos descritivos geralmente se limitam ao registro da frequência de eventos ou agravos patológicos observando sua variação no tempo e espaço.

A população alvo da pesquisa constitui um total de 344 óbitos neonatais (0 a 27 dias de vida), ocorridos no período de 2008 a 2010, no município de Natal/RN.

Os dados analisados foram extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde para a elaboração deste trabalho e analisados por grupos de causas.

As causas das mortes neonatais foram classificadas em causas evitáveis: reduzíveis por adequada atenção a mulher na gestação, reduzíveis por adequada atenção a mulher no parto, reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido e reduzíveis por ações adequadas de promoção a saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção a saúde de acordo com lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde proposta em 2007 (MALTA et al, 2007), que organiza os óbitos utilizando como referência agrupamentos de causa básica, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Segundo Alberman (1980), o primeiro passo para que se conheça mais sobre os determinantes da mortalidade infantil é classificar as causas de óbito de acordo com a possibilidade que se tem de preveni-los.

Assim, a variável dependente deste estudo é o óbito neonatal. As variáveis independentes serão: causa básica, evitabilidade do óbito, escolaridade da mãe e qualidade da assistência. Entende-se como evitabilidade do óbito aqueles que, considerando as ciências e a tecnologia existentes atualmente, poderiam ser evitados ou não deveriam ter ocorrido (MANSANO et al, 2004).

Resultados

Entre 2008 e 2010, segundo o SIM, foram registrados 1.454 óbitos neonatais (0 a 27 dias de vida) no Rio Grande do Norte, sendo 344 (23,6%) no município de Natal. De 344 mortes, 264 (76,4%) ocorreram por causas consideradas evitáveis.

Analisando as causas de óbito segundo lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde proposta em 2007, encontra-se, nos anos estudados, elevado percentual (56,6%) de óbitos reduzíveis

por adequada atenção ao recém-nascido, destacando-se os óbitos por desconforto respiratório do recém nascido e septicemia bacteriana do recém nascido. Também são incluídos os óbitos por transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal, infecções específicas do período perinatal, transtornos hematológicos do recém-nascido, transtornos do aparelho digestivo do recém-nascido, afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica do recém-nascido e outros transtornos originados no período perinatal, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 – Óbitos neonatais nos anos 2008, 2009, 2010 por causas de óbitos reduzíveis por adequada atenção ao recém nascido (RN)

ÓBITOS RIO GRANDE DO NORTE - Residentes Natal				
Frequência por Ano do Óbito segundo Causa (CID10 3C)				
Óbitos Infantis 0 a 27 dias				
Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido				
Causa (CID10 3C)	2008	2009*	2010*	Total
P22 Desconforto respirat do recém nascido	22	18	17	57
P36 Septicemia bacter do recém nascido	21	17	15	53
P28 Outr afecções resp orig per perinatal	1	2	3	6
P26 Hemorragia pulmonar orig período perinatal	4	1	0	5
P23 Pneumonia congênita	0	2	2	4
P29 Transt cardiovasc orig período perinatal	0	1	2	3
P25 Enfisema interst afec corr orig per perinat	1	0	1	2
P27 Doenc respirat cron orig período perinatal	1	0	0	1
P39 Outr infec específicas do período perinatal	2	0	0	2
P57 Kemicterus	1	0	0	1
P61 Outr transt hematológicos perinatais	1	2	0	3
P77 Enterocolite necrotizante do feto e RN	0	1	1	2
P78 Outr transt ap digestivo período perinatal	0	0	3	3
P83 Outr afecç compr tegum espec feto RN	0	2	1	3
P96 Outr afecções originadas período perinatal	1	0	1	2
Total	56	47	46	149

Fonte: SIM/SU/VIGE/CPS/SESAP-RN

* Dados provisórios, sujeitos à alteração

Dentre os óbitos que seriam reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação correspondendo a um percentual de 29,6%, se destacam os óbitos por complicações maternas da gravidez que afetam o recém nascido e transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer. Também são incluídos os óbitos por crescimento fetal retardado e desnutrição fetal e doenças hemolíticas do feto ou do recém-nascido devidas a isoimunização, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 – Óbitos neonatais nos anos 2008, 2009, 2010 por causas de óbitos reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação

ÓBITOS RIO GRANDE DO NORTE - Residentes Natal				
Frequência por Ano do Óbito segundo Causa (CID10 3C)				
Óbitos Infantis 0 a 27 dias				
Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação				
Causa (CID10 3C)	2008	2009*	2010*	Total
P00; P01; P02 Compl da gravidez que afetam o RN	20	10	10	40
P07 Transt rel gest curt dur peso baix nasc	18	11	8	35
P05 Crescimento fetal retard e desnutric fetal	1	0	0	1
P55 Doenc hemolítica do feto e do recém-nascido	1	1	0	2
Total	38	22	18	78

Fonte: SIM/SU/VIGE/CPS/SESAP-RN

* Dados provisórios, sujeitos à alteração

Incluídos na classificação de óbitos reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto que correspondem a 12,5% do total de óbitos reduzíveis, predominam as causas por asfixia ao nascer e hipóxia intra-uterina.

Também são incluídos os óbitos por aspiração neonatal, outras complicações do trabalho de parto ou do parto que afetam o recém-nascido e traumatismo de parto, conforme demonstrado na tabela 3.

Tabela 3 – Óbitos neonatais nos anos 2008, 2009, 2010 por causas de óbitos reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto

ÓBITOS RIO GRANDE DO NORTE - Residentes Natal				
Frequência por Ano do Óbito segundo Causa (CID10 3C)				
Óbitos Infantis 0 a 27 dias				
Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde e atenção à saúde				
Causa (CID10 3C)	2008	2009*	2010*	Total
P21 Asfixia ao nascer	6	5	1	12
P20 Hipóxia intra-uterina	4	4	1	9
P24 Síndr de aspiração neonatal	2	5	1	8
P03 Fet rec-nasc afet out compl trab parto parto	0	2	0	2
P15 Outr traum de parto	2	0	0	2
Total	14	16	3	33

Fonte: SIM/SUVIGE/CPS/SESAP-RN

* Dados provisórios, sujeitos à alteração

São, ainda, consideradas reduzíveis as Causas de morte mal-definidas (1,9%) incluindo morte sem assistência e outras causas mal definidas e Causas reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde que inclui eventos cuja intenção é indeterminada registrando um caso (0,3%) em 2010, conforme demonstrado nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4 – Óbitos neonatais nos anos 2008, 2009, 2010 por causas de morte mal definidas

ÓBITOS RIO GRANDE DO NORTE - Residentes Natal				
Frequência por Ano do Óbito segundo Causa (CID10 3C)				
Óbitos Infantis 0 a 27 dias				
Causas de morte mal-definidas				
Causa (CID10 3C)	2008	2009*	2010*	Total
R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	3	1	0	4
R98 Morte s/assist	1	0	0	1
Total	4	1	0	5

Fonte: SIM/SUVIGE/CPS/SESAP-RN

* Dados provisórios, sujeitos à alteração

Cabe também aqui ressaltar que os 57 óbitos por desconforto respiratório do recém-nascido e os 53 por septicemia bacteriana do recém nascido representam sensíveis indicadores da assistência ao recém-nato. Os 39 óbitos por complicações maternas da gravidez que afetam o recém nascido e os 2 casos de doença hemolítica do feto e do recém nascido representam importantes falhas no pré-natal.

Tabela 5 – Óbitos neonatais nos anos 2008, 2009, 2010 por causas de óbitos reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde e atenção à saúde

ÓBITOS RIO GRANDE DO NORTE - Residentes Natal				
Frequência por Ano do Óbito segundo Causa (CID10 3C)				
Óbitos Infantis 0 a 27 dias				
Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde e atenção à saúde				
Causa (CID10 3C)	2008	2009*	2010*	Total
Y34 Fatos ou eventos NE e intenc não determinada	0	0	1	1
Total	0	0	1	1

Fonte: SIM/SUVIGE/CPS/SESAP-RN

* Dados provisórios, sujeitos à alteração

A prematuridade (antes de 37 semanas de gestação) considerada parcialmente reduzível, responde por cerca de 71,5% do total dos óbitos, conforme demonstrado na tabela 6.

Tabela 6 – Óbitos neonatais nos anos 2008, 2009, 2010 por semanas de gestação

Semanas Gestação	2008	2009	2010	Total	%Total
Ignorado	1	0	1	2	0,58
Menos 22	9	8	4	21	6,1
22 a 27	44	32	31	107	31,1
28 a 31	25	18	16	59	17,15
32 a 36	26	16	17	59	17,15
37 a 41	33	25	19	77	22,38
42 e +	0	1	0	1	0,29
Não informado	9	4	5	18	5,23
Total	147	104	93	344	100

A prematuridade evitável está, com muita frequência, relacionada à qualidade da atenção ao pré-natal. Analisando a escolaridade das mães, uma característica materna que influencia bastante na mortalidade de seus filhos, verifica-se que a proporção de óbitos foi maior entre RN de mães com menor instrução, sendo de apenas 15,7% entre aqueles de mulheres com 12 ou mais anos de estudo. A maior proporção de óbitos neonatais foi encontrada entre RN de mães que declararam possuir de 8 a 11 anos de estudo (34,88%), mais do que o dobro do valor do grupo de RN de mães com maior escolaridade, conforme demonstrado na tabela 7.

Tabela 7 – Óbitos neonatais nos anos 2008, 2009, 2010 por escolaridade materna

Escolaridade Mãe	2008	2009	2010	Total	%Total
Nenhuma	6	7	3	16	4,65
1-3 anos	5	2	2	9	2,62
4-7 anos	24	20	23	67	19,48
8-11 anos	44	47	29	120	34,88
12 e +	28	12	14	54	15,7
Não informado	39	12	19	70	20,35
Ignorado	1	4	3	8	2,33
Total	147	104	93	344	100

Vale destacar, a grande proporção de não informados (20,35%), o que demonstra a fragilidade do preenchimento da declaração de óbito. Nesse sentido, é relevante o aperfeiçoamento da qualidade do preenchimento desses formulários, uma vez que geram informações fundamentais para elaboração de políticas públicas de saúde.

Portanto, evidencia-se uma maior proporção de óbitos reduzíveis por adequada atenção ao recém nascido, representando um percentual de 56,6%, seguido pelos reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação com percentual referente a 29,6%, mais abaixo os reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto com 12,5%. Os óbitos reduzíveis de causas mal-definidas e por ações adequadas de

promoção à saúde e de atenção à saúde, obtiveram menor representatividade com 1,9% e 0,3%, respectivamente, conforme demonstrado no gráfico abaixo.

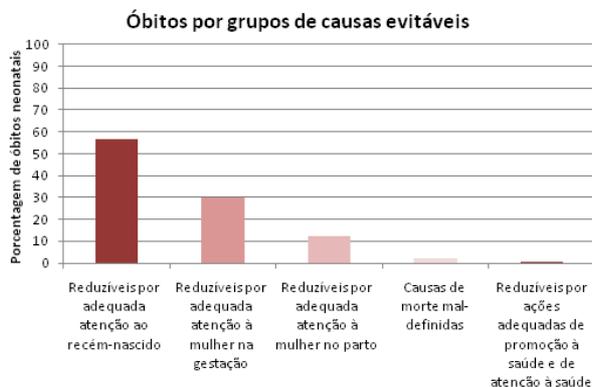


Figura 1 – Proporção de óbitos neonatais por grupos de causas evitáveis

Discussão

Pelo critério de evitabilidade de óbitos, observou-se que, nos anos estudados, bem mais da metade dos óbitos neonatais ocorreram por causas reduzíveis o que sugere que persistem as condições gerais desfavoráveis de assistência à gestante e ao recém-nascido.

Detectou-se predominância de óbitos de causas reduzíveis por adequada atenção ao recém nascido, com predomínio do desconforto respiratório e septicemia bacteriana do recém nascido. E óbitos reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, destacando-se os óbitos por complicações maternas da gravidez que afetam o recém nascido e transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer as quais representam falhas no pré natal, também foi observado a presença de um indicador bastante sensível na avaliação dessa assistência, representado pelos dois casos de doença hemolítica do recém nascido.

Um estudo realizado em São Luís, no Maranhão, que avaliou a evolução da mortalidade neonatal em 18 anos, traz percentuais semelhantes aos encontrados nesse estudo. Observou-se no Maranhão que, em todos os anos estudados, mais da metade dos óbitos neonatais ocorreram por causas reduzíveis. Detectou-se aumento no percentual de óbitos por causas parcialmente reduzíveis por adequado controle da gravidez, com predomínio da prematuridade, baixo peso ao nascer e síndrome de angústia respiratória. (RIBEIRO; SILVA, 2000)

Questiona-se, pois, quantos desses óbitos poderiam ter sido evitados se estas mulheres tivessem recebido uma assistência adequada, com identificação e controle das patologias associadas. Todos reconhecem a importância da

assistência pré-natal, desde que oferecida em quantidade e qualidade adequadas para toda a população. É importante a captação precoce da gestante aos serviços de saúde, e inclusive da mulher fora da gravidez, para avaliação do seu risco reprodutivo e o seguimento adequado, com possibilidade de referenciá-la para serviços mais capacitados ao atendimento de gestantes de risco (ALBUQUERQUE et al,1998)

O Ministério da Saúde preconiza, em suas diretrizes gerais, que a atenção obstétrica deve ter características primordiais como a qualidade e a humanização. Entre as atividades que os municípios devem desenvolver nas redes de serviço estão os mecanismos estabelecidos de captação precoce da gestante na comunidade que consiste na identificação de grávidas e seu encaminhamento para realizar a primeira consulta de pré-natal até 120 dias, após a detecção da gravidez, pois o início da atenção pré-natal mostra-se essencial e configura a estrutura e o fortalecimento das ações em atenção básica (BRASIL, 2005).

A assistência pré-natal é reconhecida, por seu impacto e transcendência, como um dos componentes que contribuem para a redução significativa das taxas de mortalidade infantil (MIRANDA; FERNANDES, 2010). Ela permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco passíveis de serem corrigidos. No Brasil, a mortalidade neonatal, está relacionada à carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência à gestante (MONTEIRO; BENICIO; ORTIZ, 2000).

No cuidado com a mãe e recém-nascido, a Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil preconiza a realização de visita domiciliar na primeira semana após o parto. Verificar se é criança de risco ao nascer (residente em área de risco; peso ao nascer (< 2500 g); prematuro (< 37 semanas de gestação); asfixia grave (Apgar < 7 no 5.º minuto de vida); mãe adolescente (< 18 anos); mãe com baixa instrução; criança internada ou com intercorrências na maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido; dentre outros (BRASIL, 2004).

Os resultados da análise apontaram para expressivas correlações entre a mortalidade por causas evitáveis, o nível de educação e a prematuridade. Podemos, assim, hipotetizar que a mortalidade neonatal sofre a influência de fatores em níveis distintos, tanto individuais - como os relacionados ao grau de instrução - quanto assistenciais - relacionados à atenção na gravidez, parto e puerpério.

Ao analisar o risco de morte segundo grau de instrução, verifica-se a tendência esperada de diminuição do risco de morte neonatal à medida que aumenta a escolaridade da mãe. Esta variável pode constituir uma boa aproximação do estrato social materno, sendo muito significativa para estudar a mortalidade neonatal.

Um estudo realizado no Distrito Sanitário Liberdade, área político-administrativa do município de Salvador, evidenciou que os nascidos vivos que foram a óbito na primeira semana de vida, eram, na sua maioria, filhos de mães pouco escolarizadas (58,75%). Neste estudo, confirmou-se que os RN de mães sem instrução ou com menos anos de estudo apresentaram o risco de morte neonatal precoce mais elevado. (SOARES; MENEZES, 2010)

Segundo Gomes e Santo (1997) duas estratégias básicas podem ser adotadas para redução da mortalidade neonatal: uma chamada de "político-econômica", e outra de caráter mais técnico. A primeira seria desenvolvida pelos governos ao priorizarem investimentos sociais; e a segunda, mais específica, por meio da formulação e implantação de ações de saúde ou de assistência. Ações extrasetoriais, mais particularmente de educação e assistência social, devem ser efetivadas e, no setor saúde, considera-se prioritário o investimento na reestruturação da atenção à gestante e ao recém-nascido, com articulação entre as ações do pré-natal na rede básica e a assistência ao parto, no âmbito hospitalar (MARTINS, 2004).

Em relação à duração da gestação, 71,5% dos óbitos ocorreram antes da 37ª semana. Com relação a esse resultado, podemos dizer que, na maioria dos casos, o recém-nascido prematuro, não possui uma maturação desejável dos seus órgãos vitais, sendo um fato bem relevante em sua sobrevivência. Há ainda o fato de que grande parte desses pré-termos têm que ficar hospitalizados em unidade de terapia intensiva, aumentando ainda mais o seu risco de óbito, por várias intercorrências dessa internação, como, por exemplo, as infecções, pela imaturidade imunológica. (VELUNO; BEDIN, 2009)

Um estudo sobre mortalidade neonatal, no Município de Botucatu, São Paulo, verificou que, em mais da metade dos casos, a causa básica de morte relacionava-se com a prematuridade e, utilizando-se a classificação das causas de morte no período neonatal segundo critérios de evitabilidade, observou-se que, entre os recém-nascidos pré-termo extremo, 77,78% dos óbitos podem ser classificados como reduzíveis por adequado controle de gravidez (POLES; PARADA, 2000). Nesse sentido, alguns trabalhos mostram que cuidados adequados na atenção pré-natal, no parto e pós-parto têm efeito significativo na

redução da mortalidade neonatal (MACHADO; HILL, 2003; MARTINS, 2004).

Embora o presente estudo não tenha explorado o número médio de consultas pré-natais realizadas, é possível supor que ainda existam falhas com relação à informação, ao acesso e a organização dos cuidados de pré-natal. Os resultados apontam para a necessidade de ampliar e intensificar a implementação de políticas e ações de saúde direcionadas para atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido e capacitar o profissional de saúde.

Vale frisar que o acesso à educação de bom nível em todo o país deveria contribuir, em longo prazo, para a melhor distribuição de renda, visando à redução da mortalidade neonatal, já que atinge seus números mais elevados na população de baixa renda. A melhora da assistência antenatal poderia proporcionar redução da mortalidade perinatal ao detectar e tratar doenças maternas, ao melhorar a nutrição materna, ao efetivar a vacinação contra o tétano, ao prover informação relativa aos malefícios de fumar e beber durante a gravidez e os benefícios do aleitamento materno. Estas práticas poderiam diminuir as mortes de recém-nascidos causadas por parto prematuro, baixo peso ao nascer e síndrome do desconforto respiratório, entre outras (VICTORIA; BARROS, 2001)

Conclusão

Os resultados apresentados no presente trabalho evidenciam a necessidade de rever a qualidade dos cuidados imediatos após o nascimento, da assistência no pré-natal, mas também as condições de assistência ao parto. Dentre os achados, a forte associação da mortalidade neonatal com a baixa instrução materna indica que as gestantes com menor escolaridade devem ser alvo de atenção especial nos serviços de saúde, independente de qualquer outra característica que possam apresentar.

É preciso, portanto, compreender a atenção perinatal em sua dimensão ampla, desde a saúde integral da mulher, pré-concepção e planejamento familiar e integração entre a assistência ao pré-natal e ao parto. É necessário avançar na qualificação do cuidado, além da ampliação do acesso aos serviços, desde o pré-natal a assistência hospitalar ao parto e ao nascimento, mantendo-se a continuidade da atenção ao recém-nascido e à puérpera. Além do pronto reconhecimento de situações de risco, a provisão do cuidado apropriado e resolutivo a gestante no pré-natal e no parto, e ao neonato na maternidade, na vigilância e promoção da saúde.

Todos esses fatores podem contribuir para a defesa da vida e a prevenção da morte daqueles

que tão logo deixam de ser fetos e iniciam a sua difícil transição para recém-natos, que têm sua caminhada interrompida por causas perfeitamente evitáveis com os recursos disponíveis. É eticamente inaceitável a ocorrência de tantos óbitos potencialmente evitáveis. Neste contexto, repensar a qualidade da atenção oferecida às mães e aos recém nascidos parece oportuno e necessário.

Referências

- ALBERMAN, E. Prospects for better perinatal health. **Lance**, p.189-92, 1980.
- ALBUQUERQUE, R.M.; CECATTI, J.G.; HARDY, E.; FAUNDES, A. Fatores sócio-demográficos e de assistência médica associados ao óbito materno. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.20, n.4, p. 181-185, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada.** Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde da Criança e Aleitamento Materno.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- DRUMOND, E.F.; MACHADO, C.J.; FRANÇA, E. Óbitos neonatais precoces: análise de causas múltiplas de morte pelo método Grade of Membership. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 157-166, 2007.
- GOMES, J.O.; SANTO, A.H. Mortalidade infantil em município da região centro-oeste paulista, Brasil, 1990 a 1992. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n.4, p. 330-341, 1997.
- JOBIM, R; AERTS, D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 179-187, 2008.
- LAWN, J.E.; COUSENS, S.; ZUPAN, J. Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? **Lancet**, v. 365, n. 9462, p. 891-900, 2005.
- MACHADO, C.J.; HILL, K. Determinantes da mortalidade neonatal e pós-neonatal no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiologia**, n. 6, p. 345-358, 2003.
- MALTA, D.C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol.Serv. Saúde**, v. 16, n. 4, p. 233-244, out/dez. 2007.
- MANSANO, N.H. et al. Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n.1, p. 329-332, 2004.
- MARTINS, F.E.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ G. Determinantes da mortalidade neonatal a partir de uma coorte de nascidos-vivos, Montes Claros, Minas Gerais, 1997-1999. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.4, p. 405-412, 2004.
- MIRANDA, F.J.S.; FERNANDES, R.A.Q. Assistência Pré-Natal: Estudo de Três Indicadores. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 179-84, abr/jun. 2010.
- MONTEIRO, C.A.; BENICIO, M.H.A.; ORTIZ, L.P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 26-40, 2000.
- PEREIRA, M.G. **Epidemiologia, teoria e prática.** Brasil, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.
- POLES, K.; PARADA, C.M.G.L. A mortalidade neonatal em 1998, no Município de Botucatu-SP. **Rev Latinoam Enfermagem**, v.8, n.3, p. 67-75, 2000.
- RIBEIRO, V.S.; SILVA, A.A.M. Tendências da mortalidade neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1979 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 429-438, 2000.
- SOARES, E.S.; MENEZES, G.M.S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.19, n.1, p. 51-60, 2010.
- VELUDO, A.S.G.; BEDIN, N. Análise de fatores de risco para óbito infantil em mães adolescentes. **Saúde Coletiva**, v. 35, n. 6, p. 269-274, 2009.
- VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. **Sao Paulo Med J.** v.119, n.1, p. 33-42, 2001.