

Bases Conceituais da **Saúde 2**

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2019

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais da Saúde

2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

B299 Bases conceituais da saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizadora
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 2)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-133-6

DOI 10.22533/at.ed.336191502

1. Cuidados primários de saúde. 2. Política de saúde. 3. Sistema
Único de Saúde. I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A atenção primária à saúde é marcada por diferentes abordagens, portanto não há uniformidade, quanto ao conceito. Existem quatro linhas principais de interpretação: programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; serviços ambulatoriais médicos especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; abrangente ou integral como uma concepção de modelo assistencial de organização do sistema de saúde; filosofia que orienta os processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

No Brasil, implementação da Atenção Primária em Saúde não se desenvolveu de maneira uniforme. Porém, foi durante a década de 70, diante da crise econômica, das altas taxas de mortalidade que a configuração do sistema de saúde brasileiro e a concepção de seguro social passaram a ser questionadas dentro das universidades e pela sociedade civil.

Com a reestruturação da política social brasileira, entrou em voga, o modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático. A saúde passa a ser um direito social e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e agravos e ao acesso universal e igualitário das ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. A Constituição Federal de 1988 aponta como princípios e diretrizes do SUS: a universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social.

A Estratégia de Saúde da Família foi criada como eixo prioritário do SUS, com o objetivo de estabelecer a integração e promoção das atividades em um território definido. Atualmente é considerada a porta de entrada principal da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo o ponto de interlocução entre os demais níveis do sistema de saúde.

Apesar do aumento do acesso e da oferta dos serviços de saúde no Brasil, existe uma disparidade na implementação de uma atenção primária integral no país, pautado no desenvolvimento de ações comunitárias e mediação de ações intersetoriais para responder aos determinantes sociais da doença e promover saúde.

Diante do exposto, ao longo deste volume discutiremos a Atenção Primária à Saúde, abordando diversas nuances como: aspectos históricos, a interlocução com as pesquisas avaliativas, a transversalidade com as diversas políticas de saúde, o caminho percorrido até aqui e os desafios que ainda persistem na Atenção Primária.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA COMUNIDADE PERIFÉRICA, EM BELÉM-PA: AUSÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, COMO EM FOCO	
<i>Sabrina Souza Araújo</i> <i>Alisson Bruno Leite Lima</i> <i>Thaís de Almeida Costa</i> <i>Fabiano da Silva Medeiros</i> <i>Voyner Ravena-Cañete</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915021	
CAPÍTULO 2	7
A INSERÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA REALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS: AS DIFICULDADES NA PRESERVAÇÃO DO SIGILO MÉDICO	
<i>Raíssa Josefa Pereira de Moura</i> <i>Lourenço de Miranda Freire Neto</i> <i>Raíssa Medeiros Palmeira de Araújo</i> <i>Renata Karine Pedrosa Ferreira</i> <i>Adrian Bessa Dantas</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915022	
CAPÍTULO 3	15
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2012 A 2016	
<i>Victoria Farias do Nascimento</i> <i>Marília Gabrielle Santos Nunes</i> <i>Laryssa Grazielle Feitosa Lopes</i> <i>Antonio Flaudiano Bem Leite</i> <i>Edson Hilan Gomes de Lucena</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915023	
CAPÍTULO 4	29
APROXIMAÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS INTERFACES COM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
<i>Tayná Vieira da Silva</i> <i>Maria Raquel Rodrigues Carvalho</i> <i>Maria Salete Bessa Jorge</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915024	
CAPÍTULO 5	42
AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELÉM-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Ana Beatriz Praia</i> <i>Adalgisa Gabriela dos Santos Guimarães</i> <i>Matheus Cruz</i> <i>Thayana de Nazaré Araújo Moreira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915025	

CAPÍTULO 6 48

CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PARA A DISCUSSÃO DA AMPLIAÇÃO DAS BASES CONCEITUAIS DA SAÚDE

*Juliana da Rosa Wendt
Hildegard Hedwig Pohl*

DOI 10.22533/at.ed.3361915026

CAPÍTULO 7 61

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM E OS DESAFIOS DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COFEN Nº 293/2004

*Rafael Dos Santos Borges
Maria de Nazaré de Sousa Moura
Marayza Pinheiro Nunes*

DOI 10.22533/at.ed.3361915027

CAPÍTULO 8 65

DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DA ADVOCACIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESAFIO PARA A ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

*Eduarda Maria Duarte Rodrigues
Gláucia Margarida Bezerra Bispo
Camila Almeida Neves de Oliveira
Edilson Rodrigues de Lima
Cristiane Gonçalves Araújo*

DOI 10.22533/at.ed.3361915028

CAPÍTULO 9 77

ESTUDO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ, BRASIL

*Fabio Daniel Pereira Sampaio
Suann Quemel Mesquita
Murilo Oliveira Pollhuber
Lenita Mayumi Ramos Sasaki
Maria Do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos*

DOI 10.22533/at.ed.3361915029

CAPÍTULO 10 81

FATORES ASSOCIADOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES CADASTRADOS NO HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DJALMA DE HOLANDA CAVALCANTE EM RECIFE-PE

*Pablo Nunes Teles de Mendonça
Leonardo José Vieira Queiroz Filho
Antonio Malan dos Santos Nascimento
Tássio Martins de Oliveira
Lucas Dantas de Oliveira
Domingos Sávio Barbosa de Melo*

DOI 10.22533/at.ed.33619150210

CAPÍTULO 11 94

FORMAÇÃO INTERSETORIAL EM LINHA DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Maria das Dores Lima
Maria Cláudia de Freitas Lima
Adriano Rodrigues de Souza

DOI 10.22533/at.ed.33619150211

CAPÍTULO 12 109

INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE SOB A ÓTICA DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

Vanessa dos Santos Silva
Ruhama Beatriz da Silva
Ruty Thaís Silva de Medeiros
Roberto Mendes Júnior
Lorena Oliveira de Souza
Robson Marciano Souza da Silva
Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva
Arysleny de Moura Lima
Fabiano Limeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33619150212

CAPÍTULO 13 117

JUSTIÇA DISTRIBUTIVA E SAÚDE: DE JOHN RAWLS A NORMAN DANIELS

Plínio José Cavalcante Monteiro
Talita Cavalcante Arruda de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.33619150213

CAPÍTULO 14 126

MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS NAS MESORREGIÕES DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2004 A 2014

Thainá Rodrigues Evangelista
Valéria Falcão da Silva Freitas Barros
Antonio Araujo Ramos Neto
João Lucas Gonçalves Monteiro
Maria Cristina Rolim Baggio

DOI 10.22533/at.ed.33619150214

CAPÍTULO 15 142

MUNICIPALIZAÇÃO DE SETORES REGULADOS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: PANORAMA DAS DROGARIAS DO MUNICÍPIO DE GOIANA – PE

Rômulo Moreira dos Santos
Marisa Torres de Moura Agra

DOI 10.22533/at.ed.33619150215

CAPÍTULO 16 147

O EMPODERAMENTO DO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA AMAZÔNICA

Vanessa Alessandra Freitas de Moraes
Fabianne de Jesus Dias de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.33619150216

CAPÍTULO 17 152

O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE ORIENTADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Viviane Gonçalves Barroso
Cláudia Maria de Mattos Penna

DOI 10.22533/at.ed.33619150217

CAPÍTULO 18 163

ESTÁGIO SUPERVISIONADO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CUITÉ-PB: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thaila Carla Freire de Oliveira
Débora Thaíse Freires de Brito

DOI 10.22533/at.ed.33619150218

CAPÍTULO 19 171

PERFIL DA MORTALIDADE NA REDE MATERNO INFANTIL SEGUNDO A EVITABILIDADE DOS ÓBITOS INFANTIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Ribeiro Tamboril
Lucas Dias Soares Machado
Fernanda Maria Silva
Aliniana da Silva Santos
Maria Corina Amaral Viana

DOI 10.22533/at.ed.33619150219

CAPÍTULO 20 177

PREVALÊNCIA DE HIPOVITAMINOSE D NO SUL DO BRASIL: INFLUÊNCIA DA SAZONALIDADE

Michelle Lersch
Diene da Silva Schlikmann
Juliano de Avelar Breunig
Sílvia Isabel Rech Franke
Daniel Prá

DOI 10.22533/at.ed.33619150220

CAPÍTULO 21 189

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rogéria Pimentel de Araujo Monteiro
Samara Machado Paiva

DOI 10.22533/at.ed.33619150221

CAPÍTULO 22 195

PROPOSTA MULTIDISCIPLINAR DE APOIO À CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alaine Santos Parente
Fábia Maria de Santana
Fabiola Olinda de Souza Mesquita

DOI 10.22533/at.ed.33619150222

CAPÍTULO 23 203

QUESTÕES DE SAÚDE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE TIJUAÇU, SENHOR DO BONFIM – BA

Eliana do Sacramento de Almeida

Carmélia Aparecida Silva Miranda

DOI 10.22533/at.ed.33619150223

CAPÍTULO 24 218

RECOMENDAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA A POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Gabriela de Nazaré e Silva Dias

Jamilly Nunes Moura

John Lucas da Silva Almeida

Suelen Gaia Epifane

Ana Caroline Guedes Souza Martins

Danielly Amaral Barreto

Leticia Almeida de Assunção

Letícia Gemyna Serrão Furtado

Manuela Furtado Veloso de Oliveira

Marllon Rodrigo Sousa Santos

Thyago Douglas Machado

DOI 10.22533/at.ed.33619150224

CAPÍTULO 25 224

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM SOBRAL-CE: VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Antônia Sheilane Carioca Silva

Antônia Luana Diógenes

Carlíane Vanessa Souza Vasconcelos

Juliana Moita Leão

Maria Raquel da Silva Lima

Maria Tayenne Rodrigues Sousa

DOI 10.22533/at.ed.33619150225

CAPÍTULO 26 233

TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO NESSE PROCESSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vanessa dos Santos Silva

Ruty Thaís Silva de Medeiros

Roberto Mendes Júnior

Ruhama Beatriz da Silva

Lorena Oliveira de Souza

Robson Marciano Souza da Silva

Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva

Arysleny de Moura Lima

Fabiano Limeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33619150226

CAPÍTULO 27	241
UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA RELACIONADOS AO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM UM SERVIÇO DE FARMÁCIA DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ – AL	
<i>Cláudia Cristina Nóbrega de Farias Aires</i> <i>Bianca Pereira Rodrigues</i> <i>Katiane Mota da Silva</i> <i>Mayara Carolina Nunes Sandes</i> <i>Sabrina Joany Felizardo Neves</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150227	
CAPÍTULO 28	249
VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DE GRUPOS VULNERÁVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ÊNFASE NA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Maria Elda Alves de Lacerda Campos</i> <i>Cícero Natan dos Santos Alves</i> <i>Johanna Dantas Oliveira Freitas</i> <i>Larissa Brito Vieira Diniz</i> <i>Ludimilla da Costa Santos</i> <i>Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes</i> <i>Rosana Alves de Melo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150228	
CAPÍTULO 29	254
PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ/AB): UMA ANÁLISE DOS RESULTADOS DE SUA IMPLANTAÇÃO E EFICÁCIA	
<i>Allana Cândida Costa Corrêa</i> <i>Deborah Shari Toth Modesto</i> <i>Denille Silva de Oliveira</i> <i>Raelyn Amorim Gama</i> <i>Rafael dos Santos Borges</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150229	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	258

MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS NAS MESORREGIÕES DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2004 A 2014

Thainá Rodrigues Evangelista

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

Valéria Falcão da Silva Freitas Barros

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

Antonio Araujo Ramos Neto

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

João Lucas Gonçalves Monteiro

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

Maria Cristina Rolim Baggio

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa – Paraíba

RESUMO: A morte de crianças menores de um ano tem como causas variadas, desde as perinatais até doenças congênitas, sendo grande parte delas ligadas a fatores como a condição socioeconômica da família que está inserida, condições ambientais, acesso à educação dos pais, dentre outros. O objetivo deste estudo é discutir a Mortalidade Infantil por causas evitáveis, nas mesorregiões da Paraíba, analisando sua tendência histórica no período de 2004 a 2014. Para tanto, foi elaborado um estudo descritivo, observacional e retrospectivo de série temporal que coletou os óbitos infantis menores de um ano e nascimentos, colhidos,

respectivamente, no SIM e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), no DATASUS, analisando os valores dos coeficientes de mortalidade infantil (CMI) das mesorregiões: Sertão, Borborema, Agreste e Mata/PB. As principais causas de óbitos infantis no Estado são por causas evitáveis e variam dependendo do gênero, tipo de parto e idade da mãe. Observa-se uma tendência homogênea nas mesorregiões supracitadas em relação às variáveis, com algumas particularidades de destaque na mortalidade precoce. Nas áreas analisadas, fatores socioeconômicos como o baixo grau de escolaridade da população, falta de qualidade na atenção básica de saúde para mãe e para o feto e o treinamento inadequado dos profissionais contribuem para altos níveis de óbitos infantis. Portanto, este estudo tem a importância de verificar o perfil dos óbitos infantis na Paraíba, atendo-se para a forte desigualdade social que assola o Estado, perceptível nos níveis de mortalidade infantil analisados.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade Infantil; Mortes evitáveis; Mesorregiões; Paraíba.

ABSTRACT: The death of children under one year as varied causes, from when it comes to congenital diseases, which are part of a state as a socioeconomic condition of the family that is inserted, sometimes environmental, access to

parental education, in addition to from others. The objective of this study is to discuss infant mortality from preventable causes in the Paraíba mesoregions, analyzing its historical trend from 2004 to 2014. For this purpose, a descriptive, observational and retrospective study of the time series was carried out, which collected infantile deaths of less than one year and births, collected, respectively, in the SIM and in the Information System on Live Births (SINASC), in DATASUS, analyzing the values of the coefficients of infant mortality (MIC) of the mesoregions: Sertão, Borborema, Agreste and Mata / PB. The main causes of infant deaths in the state are due to preventable causes and vary depending on the gender, type of delivery and age of the mother. There is a homogeneous trend in the above-mentioned mesoregions in relation to the variables, with some particularities of prominence in early mortality. In the analyzed areas, socioeconomic factors such as low level of schooling of the population, lack of quality in basic health care for mother and fetus, and inadequate training of professionals contribute to high levels of infant deaths. Therefore, this study has the importance of verifying the profile of infant deaths in Paraíba, attending to the strong social inequality that plagues the State, which is perceptible in the child mortality levels analyzed.

KEYWORDS: Infant Mortality; Avoidable deaths; Meso-regions; Paraíba.

1 | INTRODUÇÃO

A morte ou óbito é uma falha no organismo que ocasione a perda de seu funcionamento. As causas da morte devem ser registradas na declaração de óbito, documento utilizado para informar o óbito e abastecer o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Essas causas são as doenças e as lesões que levaram à morte, desde as que iniciaram o quadro patológico até as que causaram realmente o fim do funcionamento do organismo (BRASIL, 2009).

As anomalias congênitas da criança, as complicações da gravidez, as doenças infecciosas, a prematuridade e a desnutrição estão entre as principais causas relacionadas à mortalidade infantil. Além disso, a taxa de mortalidade infantil está associada também a diversos fatores e variáveis, tais como: condições socioeconômicas, políticas e ambientais, e aspectos vinculados ao auxílio médico, entre outros. Nesse sentido, esse índice é utilizado globalmente como um dos principais fatores de avaliação da qualidade de vida da população (CARVALHO, et al, 2015).

Uma importante classificação é a definição de óbitos infantis evitáveis, os quais se caracterizam por serem mortes por causas que raramente ou nunca deveriam levar o indivíduo ao óbito, em crianças menores de um ano (GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009). Nesse contexto, foi desenvolvida uma lista de causas de mortes evitáveis pela atenção à saúde, com base nas causas de morte reduzíveis, isto é, que poderiam ser prevenidas, ou diagnosticadas e tratadas precocemente, por meio de tecnologias disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), segundo Santos et al.(2014).

A partir do exposto, este estudo pretende discutir a Mortalidade Infantil por

causas evitáveis, nas mesorregiões da Paraíba, analisando sua tendência histórica no período de 2004 – 2014.

2 | METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, observacional e retrospectivo de série temporal a partir da análise dos óbitos infantis de menores de um ano e nascimentos colhidos, respectivamente, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Tais dados foram coletados por meio do banco de dados disponível no DATASUS, do Ministério da Saúde, sendo sua organização realizada de acordo com a última Classificação Internacional de Doenças, aCID-10.

No SIM foram analisados os óbitos < 1 ano por causas evitáveis no período de 2004 a 2014, segundo as categorias sexo, idade da mãe e tipo de parto, nas quatro mesorregiões da Paraíba. No SINASC foi analisado o número de nascidos vivos, segundo as mesmas categorias, período e mesorregiões analisadas no SIM.

Para análise das mesorregiões foram agrupadas no sistema as microrregiões, são elas: Cajazeiras, Catolé do Rocha, Itaporanga, Patos, Piancó, Serra do Teixeira, Sousa, as quais formam a mesorregião Sertão; Cariri Ocidental, Cariri Oriental, Seridó Ocidental PB e Seridó Oriental PB, as quais formam a mesorregião Borborema; Curimataú Ocidental, Curimataú Oriental, Esperança, Brejo PB, Guarabira, Campina Grande, Itabaiana, Umbuzeiro as quais formam a mesorregião Agreste; Litoral Sul PB, Litoral Norte PB, João Pessoa, Sapé que formam a mesorregião Mata PB.

A partir dos dados coletados, foi calculado o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) das diferentes mesorregiões, segundo os critérios supracitados. Assim, os resultados foram organizados e tabulados utilizando o programa Microsoft Excel. Além disso, para apresentação dos dados foram construídos gráficos, utilizando-se o referidoprograma.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os CMI por causas evitáveis das mesorregiões da Paraíba (gráfico 1), o qual apresentou decréscimo, de maneira geral, no período de 2004 a 2014 em todas as mesorregiões, sendo em 2004 o ano em que foi registrado o maior CMI (17,23/1000), na mesorregião Borborema. Já o menor CMI (7,62/1000) foi registrado em 2013, na mesma mesorregião.

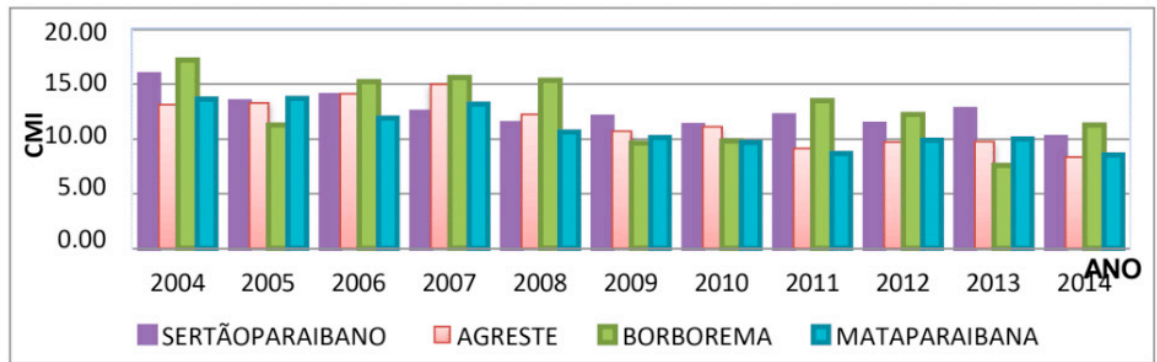


Gráfico (1): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis nas mesorregiões da Paraíba, período de 2004-2014.

*Coeficiente de Mortalidade Infantil; **Nascidos Vivos Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

Analisando o estado da Paraíba no período de 2000-2009 pode ser observado um decréscimo anual de 7,2% nos valores de CMI desse período, corroborando com a apresentação dos dados supracitados. Além disso, todas as regiões do Brasil no mesmo período apresentaram o mesmo perfil de redução, com destaque para o Nordeste, com uma taxa de decréscimo percentual anual de 6,0%, sendo a mais acentuada entre as regiões (FRIAS, et al.2013).

Analisando-se o CMI segundo sexo em cada mesorregião da Paraíba, foi observado na mesorregião Sertão (gráfico 2) um maior CMI no sexo masculino, exceto no ano de 2009, o qual o sexo feminino ultrapassou em 3,72 pontos o CMI do sexo masculino. De maneira geral, o CMI tanto masculino quanto feminino decresceu no período de 2004 a 2014, chegando aos valores de 6,28 e 13,55 em cada mil, no sexo feminino e no sexo masculino, respectivamente.

Na mesorregião da Borborema (gráfico 3), o CMI por causas evitáveis segundo gênero masculino, em onze anos, permaneceu apenas dois anos (2004 e 2013) inferior ao gênero feminino. Além disso, houve um decréscimo maior que o triplo no gênero feminino em relação ao masculino, observando os valores absolutos de decréscimo de 9,0 pontos e 2,2 pontos, feminino e masculino, respectivamente.

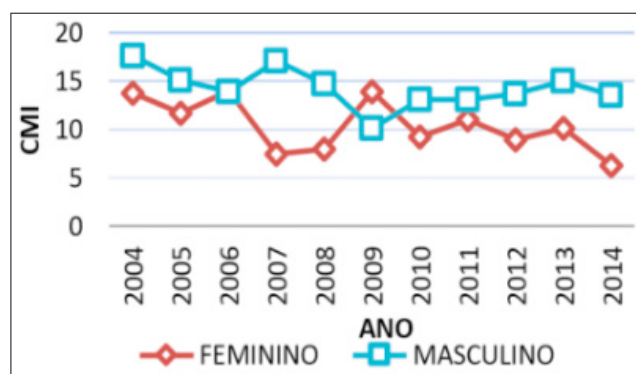


Gráfico (2): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo sexo, Sertão, PB, 2004-2014.*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016.

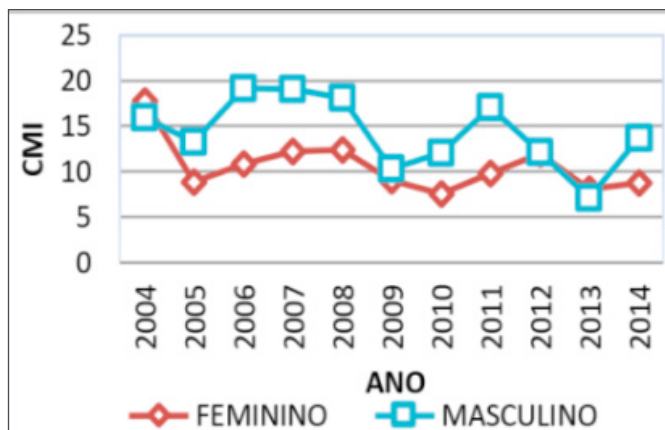


Gráfico (3): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo sexo, Borborema, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

As mesorregiões Agreste (gráfico 4) e Mata PB (gráfico 5) apresentam perfis semelhantes, sobretudo, no ano de 2014, no qual ambas apresentaram CMI em torno de 9/1000 para o sexo masculino e 7/1000 para o sexo feminino. Além disso, em apenas um ano desse período houve inversão das linhas do CMI, sendo no Agreste, em 2011, e Mata PB em 2010.

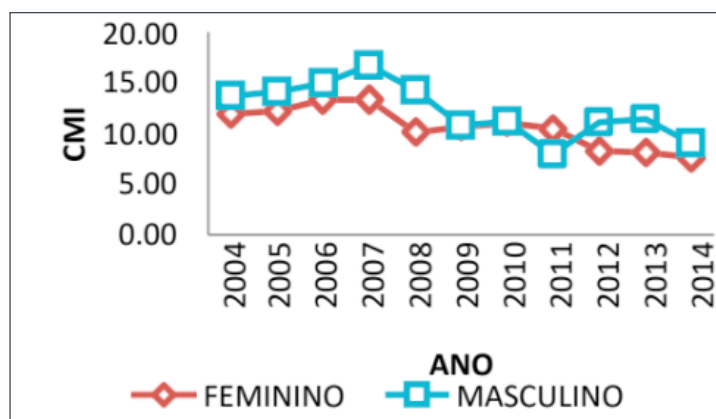


Gráfico (4): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo sexo, Agreste, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016.

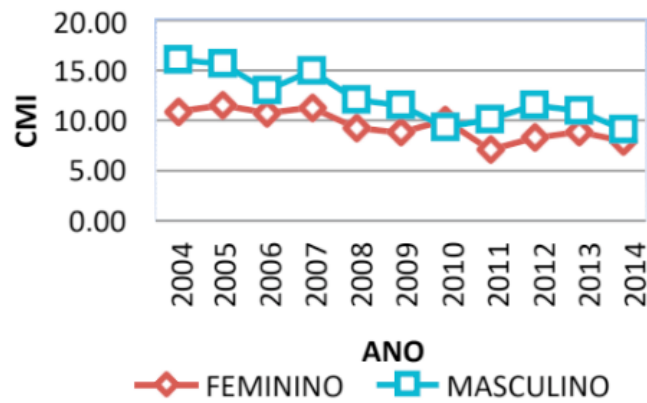


Gráfico (5): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo sexo, Mata PB, PB, 2004-2014.

CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

Os dados revelaram sobremortalidade masculina em todas as mesorregiões da Paraíba, tendo destaque o Sertão, que apresentou CMI segundo sexo masculino maior que o dobro no ano de 2014 em relação ao sexo feminino. Esse perfil pode ser observado em outros locais, como em um estudo realizado no município de Caruaru-PE, o qual se constatou que o CMI segundo sexo masculino era superior ao do sexo feminino (VILAÇA; LEAL, 2007).

Analisando o CMI segundo tipo de parto, pode-se perceber que os partos do tipo vaginal tiveram maior CMI em relação aos do tipo cesáreo em todas as mesorregiões (gráfico 6, 7, 8 e 9), excetuando-se na mesorregião Borborema no ano de 2006, no qual o tipo de parto cesáreo apresentou maior CMI (11,05/1000) em relação ao vaginal (9,26/1000).

Em um estudo realizado por Santos et al. (2010), tipo revisão bibliográfica, observou-se associação entre parto normal e mortalidade neonatal. Contudo, segundo os autores referenciados, acredita-se que tal situação deveu-se ao fato de as gestantes que realizaram parto normal apresentarem baixas condições socioeconômicas em relação às que realizaram parto cesáreo, sendo este o fator determinante para a ocorrência dos óbitos neonatais, e não o parto em si.

No mesmo sentido, outros autores observaram a mesma relação entre parto normal e mortalidade neonatal. Porém, afirmam que tal associação, contraditoriamente, deveu-se à maior realização do parto normal em situações de alto risco para o óbito e da realização quase universal da cesárea em situações de baixo risco (SANTOS, et al., 2010).

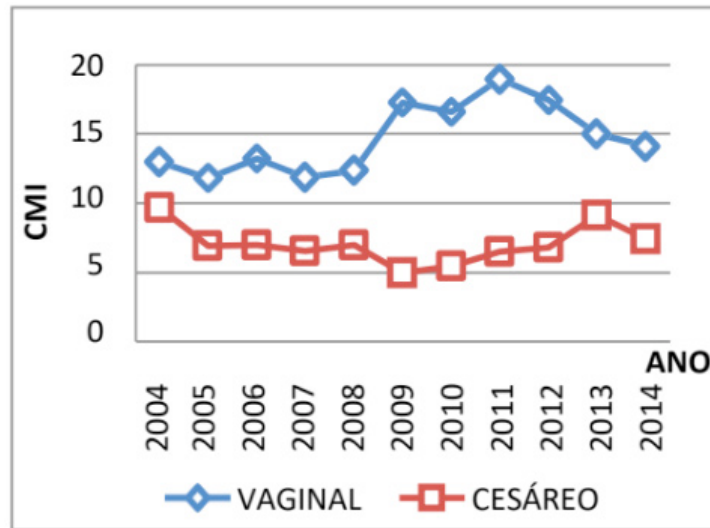


Gráfico (6): CMI* (/1000 nascidos vivos) por causas evitáveis, segundo tipo de parto, Sertão, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

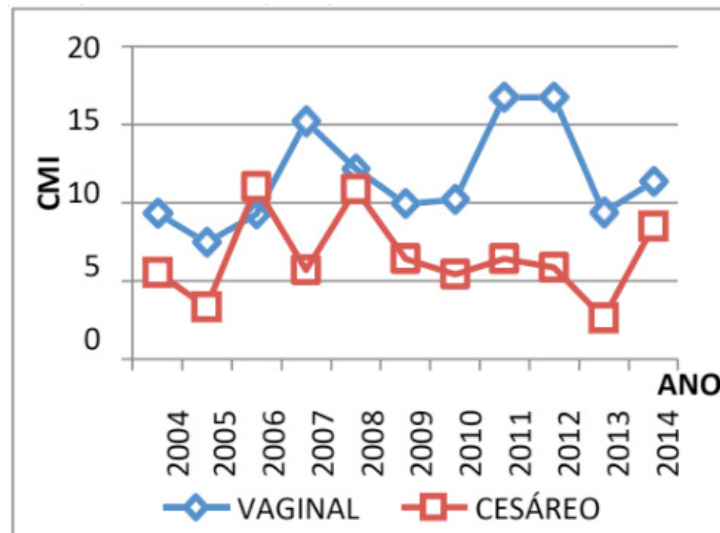


Gráfico (7): CMI* (/1000 nascidos vivos) por causas evitáveis, segundo tipo de parto, Borborema, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil;

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016.

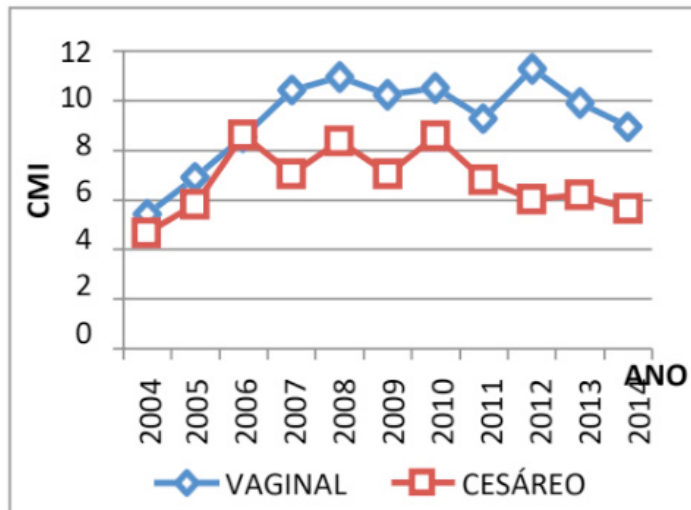


Gráfico (8): CMI* (/1000 nascidos vivos) por causas evitáveis, segundo tipo de parto, Agreste, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil;

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

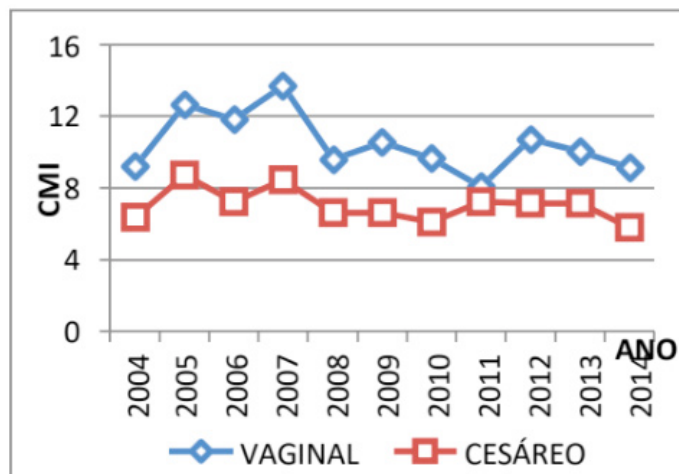


Gráfico (9): CMI* (/1000 nascidos vivos) por causas evitáveis, segundo tipo de parto, Mata PB, 2004-2014.

CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil;

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016.

Observando o CMI por causas evitáveis, segundo idade da mãe, observa-se em todas as mesorregiões um aumento muito superior do CMI quando a idade da mãe ultrapassa a idade de 40 anos (gráfico 10, 11, 12 e 13), chegando ao valor de 315,79%, no Sertão, além dos valores em todos os anos, nessa mesma faixa etária e mesorregião, superior a 45,00%. Ademais, observa-se, de maneira geral, uma redução dos valores de CMI na faixa etária >40 anos à medida que a mesorregião se aproxima da área litorânea.

Foi observado, também, que o CMI quando as mães são adolescentes é, geralmente, superior em relação à faixa etária entre 20-40 anos. Estando, assim, em consonância com um estudo realizado por Oliveira, Gama e Silva (2010), que

demonstrou que os filhos das adolescentes têm maior probabilidade de morte durante o primeiro ano de vida, quando comparado com os de mães com faixa etária maior de 20 anos de idade.

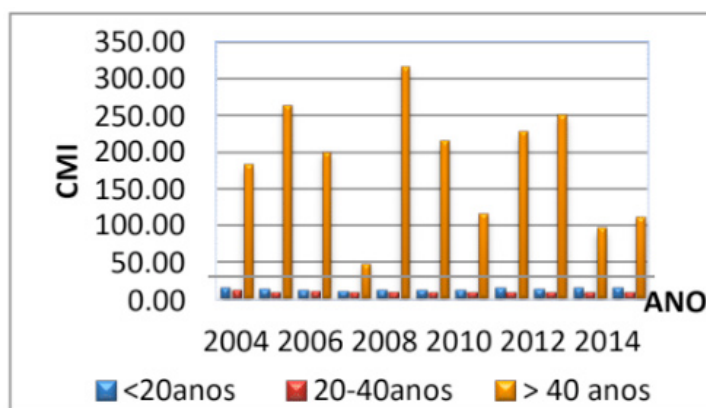


Gráfico (10): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo idade da mãe, Sertão, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

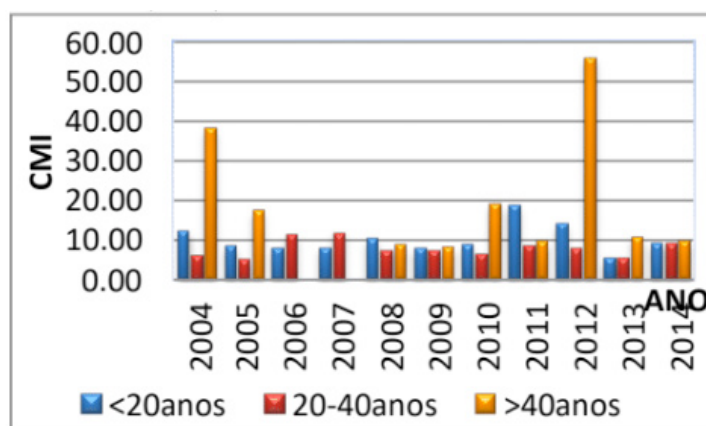


Gráfico (11): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo idade da mãe, Borborema, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

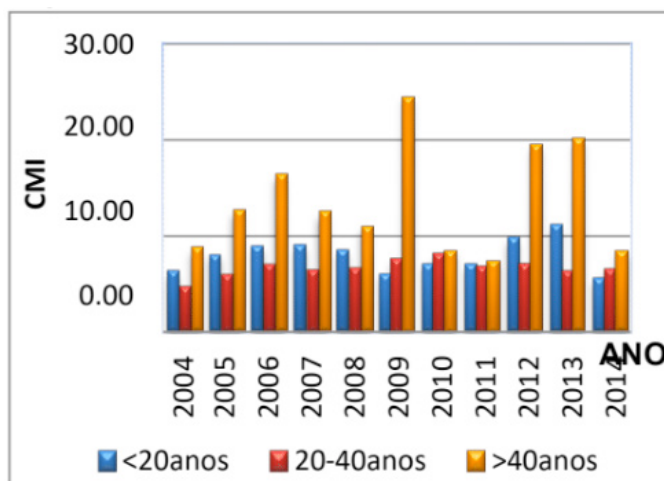


Gráfico (12): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo idade da mãe, Agreste, PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil;

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

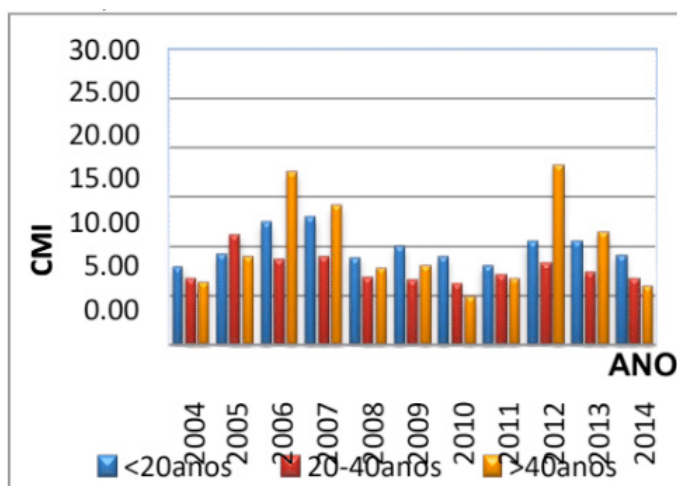


Gráfico (13): CMI* (/1000 NV**) por causas evitáveis, segundo idade da mãe, Mata PB, 2004-2014.

*CMI: Coeficiente de Mortalidade Infantil; **NV: Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

Todavia, é importante ressaltar que as diferenças encontradas na mortalidade de crianças, filhos de mães adolescentes, podem estar mais associadas a um “efeito-pobreza” ao invés de um “efeito-idade” (CÉSAR, RIBEIRO, ABREU, 2000).

O Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce, que avalia os óbitos de 0 a 6 dias, foi comparado entre as mesorregiões da Paraíba (gráfico 14), sendo observado maiores valores no Sertão e Borborema, os quais podem ser devido à uma maior precariedade nestas mesorregiões da rede assistencial à gestante e a recém-nascido.

“No País, a redução da mortalidade neonatal é um grande desafio para os serviços de saúde, governo e sociedade, pelas altas taxas vigentes concentradas nas

regiões e populações mais pobres. Ações extrassetoriais, 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”. (SOARES; MENEZES, 2010, p. 56)

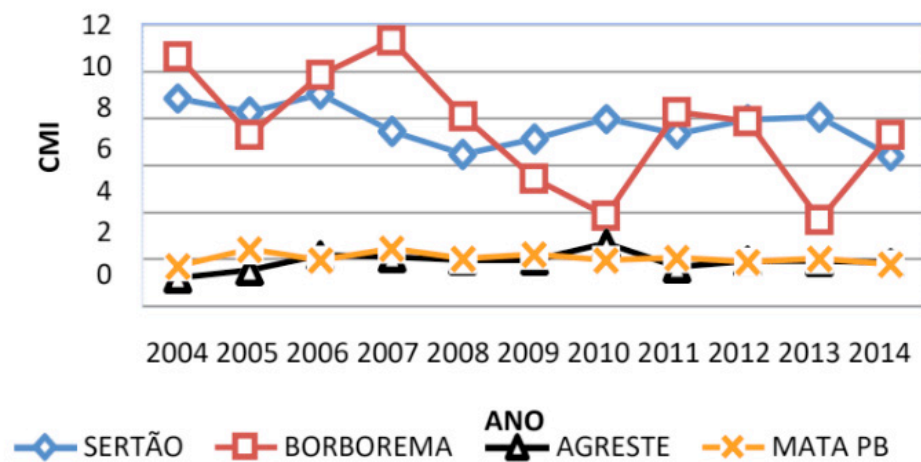


Gráfico (14): Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce (/1000 NV*) por causas evitáveis nas mesorregiões da Paraíba, período de 2004-2014.

*Nascidos Vivos

Fonte: DATASUS/ SIM/ SINASC, 2016

Conforme o Relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2008), os dados sobre mortalidade neonatal precoce evidenciam tanto a tendência decrescente desses indicadores quanto a sua heterogeneidade. Esta disparidade pode ser vista nas diferentes mesorregiões da Paraíba em todos os componentes supracitados, o que pode evidenciar falhas na assistência à gestação, parto e pós-parto, bem como as desigualdades regionais.

As principais causas de óbitos infantis nas mesorregiões da Paraíba são por causas evitáveis (gráfico 17, 18, 19 e 20), as quais giram em torno de 70% do total de mortes. Em consonância com esses resultados um estudo de corte realizado em Recife (PE), observou que quase 80% dos óbitos de menores de um ano foram classificados como evitáveis. Nesse estudo identificou-se, também, que uma parcela significativa dos óbitos registrados se encontrava relacionada ao grupo de causas redutíveis por adequada atenção à mulher na gestação e ao parto (NASCIMENTO, et al, 2014).



Gráfico (17): Causas de óbitos infantis, Sertão, PB, 2004-2014
 Fonte: DATASUS/ SIM, 2016



Gráfico (18): Causas de óbitos infantis, Borborema, PB, 2004-2014
 Fonte: DATASUS/ SIM, 2016



Gráfico (19): Causas de óbitos infantis, Agreste, PB, 2004-2014
 Fonte: DATASUS/ SIM, 2016



Gráfico (20): Causas de óbitos infantis, Mata PB, 2004-2014

Fonte: DATASUS/ SIM, 2016

Entre as principais causas de óbitos evitáveis (gráfico 21, 22, 23 e 24) estão Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer, transtorno respiratórios específicos do período perinatal, infecções do período neonatal, exceto Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) e hepatite viral congênita. Essas causas estão presentes com representatividade em todas as mesorregiões da Paraíba.

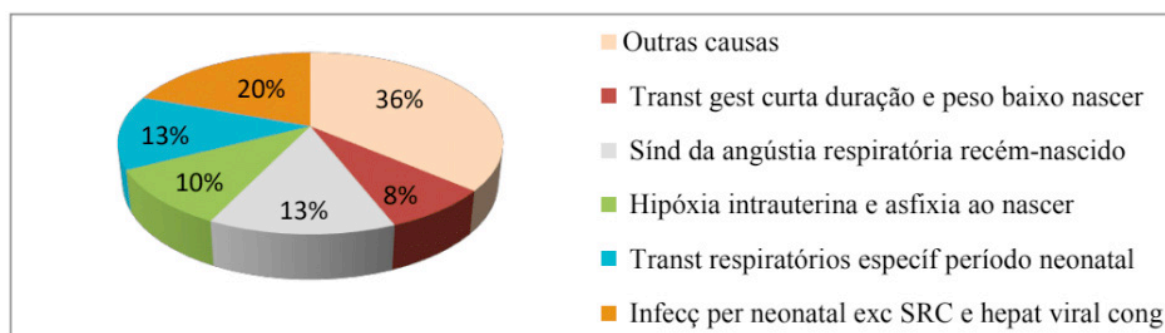


Gráfico (21): Principais causas de óbitos infantis por causas evitáveis, segundo CID*-10, Sertão, PB, 2004-2014

*Classificação Internacional de Doenças Fonte: DATASUS/ SIM, 2016

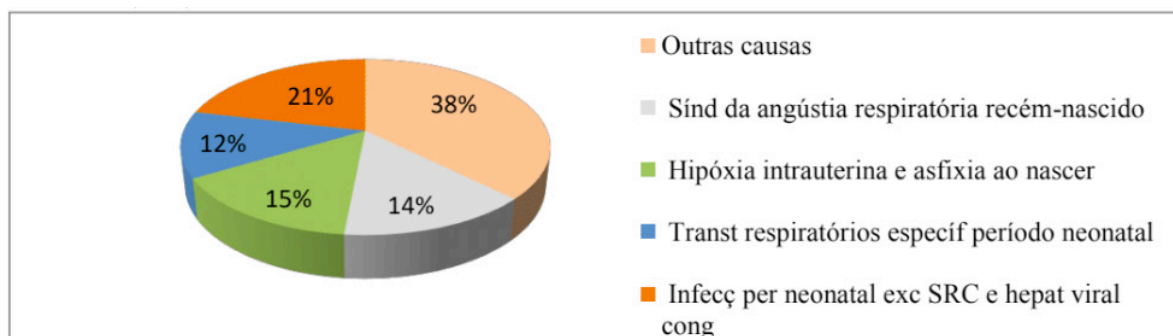


Gráfico (22): Principais causas de óbitos infantis por causas evitáveis, segundo CID*-10, Borborema, PB, 2004-2014

*Classificação Internacional de Doenças Fonte: DATASUS/ SIM, 2016

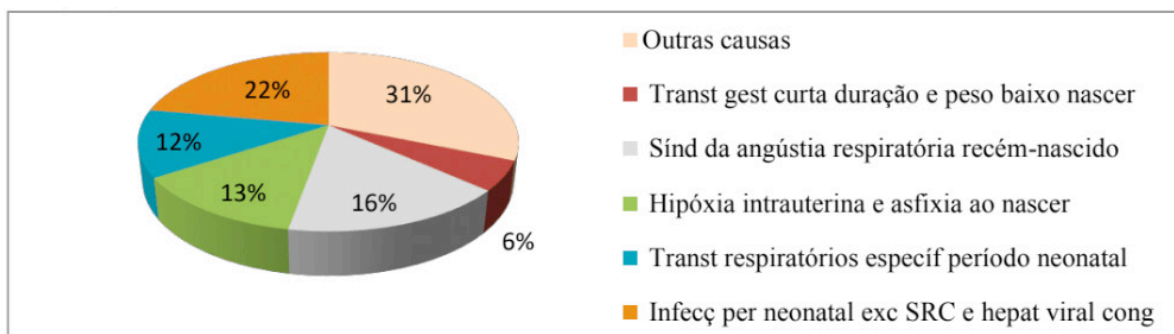


Gráfico (23): Principais causas de óbitos infantis por causas evitáveis, segundo CID*-10, Agreste, PB, 2004-2014

*Classificação Internacional de Doenças Fonte: DATASUS/ SIM,2016

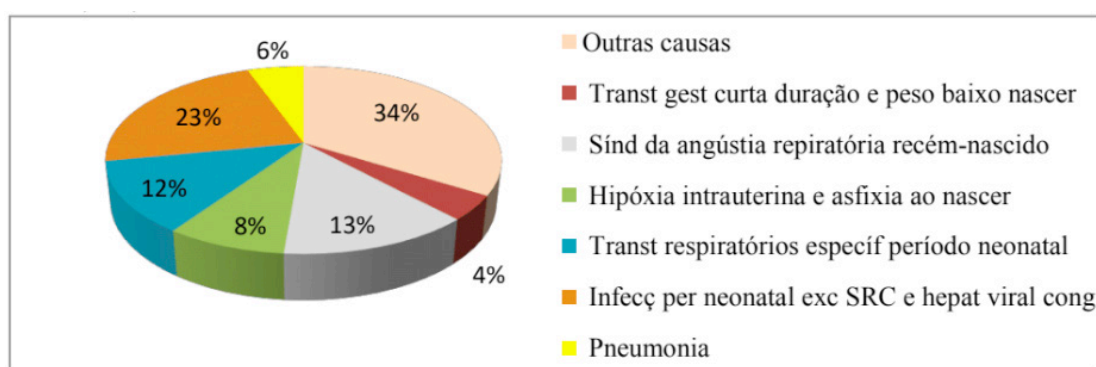


Gráfico (24): Principais causas de óbitos infantis por causas evitáveis, segundo CID*- 10, Mata PB, PB,2004-2014

*Classificação Internacional de Doenças Fonte: DATASUS/ SIM, 2016

O transtorno da gestação de curta duração e peso baixo ao nascer esteve presente de maneira relevante em todas as mesorregiões, excetuando-se a Borborema. Além disso, na Mata PB, pneumonia representou 6% das causas de óbitos de menores de um ano, sendo identificado nas demais mesorregiões, embora com menor representatividade.

Além disso, observa-se que as principais causas de óbitos infantis, no período de 2004-2014, na Paraíba em suas diferentes mesorregiões poderiam ser reduzidas por adequada atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido, com exceção de Pneumonia, na Mata PB, que é reduzível por meio de ações diagnósticas e tratamento adequado.

Nascimento et al (2014), em Recife, no período de 2000-2009, observou predominância das mortes por síndrome da angústia respiratória e feto e recém-nascido afetado por transtornos hipertensivos e renais, que foram responsáveis pelas maiores proporções das mortes que poderiam ser reduzidas pela adequada atenção à mulher na gestação.

Esses valores ainda elevados de mortes evitáveis podem ser reflexos das desigualdades sociais, bem como da expressiva concentração de renda de alguns municípios da Paraíba. Segundo Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual

(IDEME, 2016), 57,2% do valor total do PIB da Paraíba estavam concentrados em cinco municípios, enquanto os outros 218 municípios detinham 42,8% do PIB estadual.

Conforme IBGE (2010), o Índice de Gini de renda domiciliar *per capita* da Paraíba se encontrava em 0,6139 no ano de 2010. Assim, a distribuição inadequada na produção e distribuição das riquezas determina a existência das desigualdades e iniquidades em saúde, gerando alheamento e marginalização de grupos populacionais, conseqüentemente, pobreza e miséria. Aspectos estes que estão intrinsecamente relacionados com a deficiência em saúde da população (MAGALHÃES, 2012).

4 | CONCLUSÕES

Percebeu-se que as principais causas de óbitos infantis nas mesorregiões da Paraíba são por causas evitáveis. Além disso, percebeu-se, também, que os coeficientes de mortalidade infantil variam amplamente dentro da área estudada, relacionando-se, provavelmente, com agrupamentos de população em piores e melhores condições socioeconômicas.

As causas básicas de óbito infantil variam em função do tipo de população habitante de determinada área da cidade, do grau de escolaridade da população, da atenção básica necessária à mãe e ao feto, considerando ainda as proporções por causas infecciosas. A falta do atendimento necessário e a má qualidade de recursos utilizados na área tecnológica e na humanização, como o bom treinamento profissional e uma boa organização do sistema de atendimento, continuarão pondo em risco a vida de crianças, apesar de ter havido decréscimo nos coeficientes de mortalidade infantil no período analisado.

Por fim, destaca-se a importância do estudo para verificar o perfil dos óbitos infantis nas mesorregiões supracitadas, a fim de, possivelmente, facilitar o estudo sobre a atual situação dessas regiões e direcionar ações em saúde. Ademais, para que esses índices continuem decrescentes é necessária a análise profunda das situações socioeconômicas do local e de um progressivo investimento em ações de saúde para a população, sobretudo, as de maior vulnerabilidade social, com o intuito de diminuir e/ou solucionar alguns problemas por elas enfrentados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito infantil e Fetal**. Brasília – DF, 2^a ed. 2009.

CARVALHO, R. A. S. et al. **Desigualdades em Saúde: Condições de vida e Mortalidade Infantil em região do Nordeste do Brasil**. Revista de Saúde Pública, 2015.

CÉSAR, C. C.; RIBEIRO, P. M.; ABREU, D. M. X. **Efeito-idade ou efeito-pobreza? Mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte**. Rev. Bras. Estud. Popul., v.17, p.177-

196, 2000.

FRIAS, P.G. et al. **Correção de informações vitais: estimação da mortalidade infantil, Brasil, 2000-2009.** Rev Saúde Pública v.47, n.6, p.1048-58, 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação mundial da infância 2008: Caderno Brasil.** Brasília (DF), jan. 2008.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. **Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro: v.25, n.4, p.868-876, abr, 2009.

MAGALHÃES, K. L. O. **Desigualdades sociais em saúde: uma abordagem metodológica.** 2012. 80f. Dissertação (mestrado) – UFPB/CCS, João Pessoa, 2012.

NASCIMENTO, S. G. et al. **Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil.** Rev. Bras. Enferm.v.67, n.2, p. 208-12. Mar/Abr, 2014.

OLIVEIRA, E. F. V.; GAMA, S. G. N.; SILVA, C. M. F. P. **Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, v.26, n.3, mar. 2010.

PARAÍBA. Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual. ALVES, J. J. A. (org.). **Produto Interno Bruto do estado da Paraíba e de seus municípios 2010-2013.** 1ª ed. João Pessoa-PB, 2016.

SANTOS, H. G. et al. **Mortalidade infantil no Brasil: uma revisão de literatura antes e após a implantação do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: PEDIATRIA. v.32, n.2, p.131-143, 2010.

SANTOS, H. G. et al. **Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro: v.19, n.3, p. 907-916, Mar. 2014.

SOARES, E. S.; MENEZES, G. M. S. **Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local.** Brasília: Epidemiol. Serv. Saúde. v.19, n.1, p.51-60, jan. - mar, 2010.

VILAÇA, C. R. J. B.; LEAL, C. S. S. **Evolução Temporal do Coeficiente de Mortalidade Infantil e seus Componentes em Relação ao Sexo e às Causas de Óbito. Caruaru, 1996 A 2005.** Fundação Oswaldo Cruz, Centro De Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva. 2007.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-134-3

