AÇÕES PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE NO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DO CANINDÉ-PI

Actions to reduce early neonatal mortality in the municipality of Conceição do Canindé-Pi

Katia Beatriz Moreira Freitas de Carvalho[1]

Marluce Pereira Damasceno Lima[2]

RESUMO

A prevalência de óbitos infantis ocorridos no período de 2014 a 2016, segundo indicadores epidemiológicos do município de Conceição do Canindé-Piauí, reflete grave manutenção da mortalidade infantil neonatal precoce. Os dados apresentados foram coletados de relatórios do Ministério da Saúde/Datasus, Secretaria Estadual de saúde\SESAPI e documentos da Secretaria Municipal de Saúde. As informações revelam que associadas a mortalidade neonatal precoce estão características maternas como parto cesariana, idade gestacional entre 37 a 41 semanas, primeira gestação, mulheres adolescentes e realização de mais de sete consultas de pré-natal. Diante disso, percebe-se a necessidade de melhorias na assistência tanto durante o pré-natal como no parto e pós-parto. Assim, este projeto propõe ações com vistas a reduzir a mortalidade neonatal precoce no município de Conceição do Canindé-PI. Com isso, espera-se organizar e implementar propostas de ações de educação em saúde que possam colaborar para a mudança dos coeficientes de mortalidade infantil, afim de minimizar as condições que contribuem para a mortalidade e as iniquidades sociais.

Palavras-chave: Mortalidade Neonatal Precoce. Sistemas de informação. Assistência. Saúde.

ABSTRACT

The prevalence of infant deaths occurring in the period from 2014 to 2016, according to epidemiological indicators in the municipality of Conceição do Canindé-Piauí, reflects a serious maintenance of early neonatal infant mortality. The data presented were collected from reports from the Ministry of Health / Datasus, State Secretariat of Health \ SESAPI and documents from the Municipal Health Department. Information shows that associated with early neonatal mortality are maternal characteristics such as cesarean delivery, gestational age between 37 to 41 weeks, first gestation, adolescent women and more than seven prenatal appointments. Therefore, the need for improvements in care during prenatal care, delivery and postpartum care is evident. Thus, this project proposes actions aimed at reducing early neonatal mortality in the municipality of Conceição do Canindé-PI. With this, it is hoped to organize and implement proposals for health education actions that can contribute to the change in infant mortality rates, in order to minimize the conditions that contribute to mortality and social inequities.

Keywords: Early Neonatal Mortality. Information systems. Assistance. Cheer

[1] Enfermeira graduada pela Universidade estadual da Paraíba-UEPB e especialista em Obstetrícia pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Endereço Avenida Central, 302, centro, Conceição do Canindé-PI. Telefone: (89)9.9434 3986. E-mail: katiabeatriz35@hotmail.com

[1] Bióloga, Mestre e Fitotecnia - UFPI. Tutora UNASUS-UFPI. Telefone: (89)999145127, E-mail: marlucelimabj@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é indicadora das condições de vida e saúde de uma população por expressar principalmente determinações de ordem socioeconômica e ambiental (VERMELHO; COSTA, 2009). Atualmente, grande parte dos óbitos infantis ocorre nas primeiras 24 horas (25%), indicando uma estreita relação entre o componente neonatal precoce da mortalidade infantil, que corresponde ao intervalo de 0-6 dias de vida com a assistência ao parto e ao nascimento (PAULA JUNIOR et al, 2010).

Nas últimas décadas tem se observado no Brasil um declínio nas taxas de mortalidade infantil (MI) pós-neonatal, porém uma prevalência das mortes no período neonatal precoce, acontecimento que aponta para um grande desafio no campo da saúde pública.

Contrastes sociais e a baixa resolutividade dos serviços de saúde brasileiro são fatores intrínsecos e importantes para o direcionamento da evitabilidade dessas mortes na assistência materno-infantil. Todavia, a relação entre os cuidados realizados no pré-natal, parto, pós-parto e ao recém-nascido se apresenta como fator determinante na ocorrência da mortalidade nesse período. Manejos adequados e o uso de tecnologias nos serviços de referência são apontados como recursos necessários para evitar esses acontecimentos, isso porque a oferta de serviços reflete diretamente nos fatores determinantes da mortalidade nesse período.

Dentre as causas relacionadas a esse evento na literatura estão a prematuridade, a má formação congênita, a asfixia intraparto, as infecções perinatais e os fatores maternos. Monitorar e aprofundar conhecimentos quanto ao processo de assistência ao parto e nascimento podem direcionar a sua redução, não só pela sua intima relação com a assistência obstétrica e neonatal, mas também por suas causas que podem ser prevenidas no tocante a qualidade e acesso aos serviços, de forma que as mortes infantis representam acontecimentos evitáveis em sua maioria (GAIVA et al., 2013).

Estudos realizados entre os anos de 1997 e 2012, apontam para uma queda de 33% na taxa de mortalidade precoce no país, porém índices regionais demonstram a disparidade e heterogeneidade desses resultados quando analisados separadamente, ficando evidente a fragilidade e qualidade dos serviços, além da necessidade da população quando se ressalta uma menor queda dessas mortes na região Nordeste (23%) e uma evolução temporal e espacial das mortes materna e neonatal no Brasil (RODRIGUES et al, 2016).

Nesse contexto, mudanças importantes observadas na causalidade da mortalidade neonatal por região no Brasil enfatiza a importância de compreender melhor a ocorrência dos óbitos perinatais, pela importância na analise da situação de saúde dirigida a assistência materno–infantil e principalmente para definição das politicas publicas prioritárias a esse grupo (MOREIRA et al., 2017).

Portanto, intervenções são necessárias a fim de minimizar a ocorrência e prevalência das mortes infantis precoces, mortes essas que acontecem principalmente em neonatos a termo. Pensando nisso, esse trabalho tem a finalidade de propor ações estratégicas visando à redução dos óbitos neonatais precoces no município de Conceição do Canindé-PI.

2 OBJETIVOS

3

2.1 Objetivo Geral:

✓ Propor ações com vistas a reduzir a mortalidade neonatal precoce no município de Conceição do Canindé-PI.

2.2 Objetivos Específicos:

✓ Explorar e identificar os fatores relacionados e sua relação socioeconômica, reprodutiva e assistencial registrados nos sistemas SIM e SINASC;

✓ Implantar a vigilância dos óbitos e concentrar esforços na prevenção;

✓ Aprimorar o registro de todos os nascimentos, natimortos e óbitos maternos e neonatais;

✓ Melhorar a assistência ao pré-natal com o aumento do número de consultas e com qualidade;

✓ Envolver familiares e companheiros na assistência ao pré-natal, parto e pós-parto;

✓ Incentivar os profissionais e hospitais da região para adotarem o parto vaginal no processo de trabalho;

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Fatores que influenciam na ocorrência de óbitos infantis

O conhecimento e análise dos fatores de risco para o óbito são fatores determinantes a serrem considerados na elaboração e implementação de estratégias efetivas para a redução da mortalidade neonatal e infantil. (CARVALHO, 2007).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 2,6 milhões de bebês morrem no terceiro trimestre da gravidez ou durante o parto (natimortos) e 2,7 milhões de recém-nascidos morrem a cada ano, sendo 60% a 80% prematuros ou pequenos para a idade gestacional (BRASIL, 2016).

A grande maioria dos estudos já realizados aponta como causalidade do aumento proporcional do número de óbitos neonatais no Brasil e no mundo fatores de risco agrupados em categorias como: condições biológicas do recém-nascido (a prematuridade, as infecções graves, asfixia durante o parto e o baixo peso ao nascer), características biológicas maternas (idade superior a 35 anos, infecção materna, doenças não transmissíveis, nutrição inadequada, estilo de vida, paridade, morbidade gestacional, gemelaridade e corioamnionite), condições socioeconômicas (escolaridade, habitação, estado conjugal) e qualidade da atenção (número de consultas pré-natal, assistência hospitalar, insuficiência e\ou inadequação tecnológica e indisponibilidade de recursos para a assistência (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016; GAIVA, 2013; MOREIRA et al,2017).

Nesse contexto prevalece à necessidade de intervenções tanto no período gestacional e intraparto, visto que, neste cenário os riscos independem e diferenciam-se em suas associações. Muitas dessas mortes são consideradas como evitáveis e ou preveníveis (60% destes eventos no Brasil), e frequentemente estão associadas a restrição do crescimento fetal, parto prematuro,

gravidez prolongada e assistência de baixa qualidade e equidade; através de uma assistência adequada á gestante, ao parto e ao neonato (MARTINS, 2013).

O relatório da Organização das Nações Unidas de 2015, destaca que o grande desafio continua sendo o período do nascimento. Em torno de 45% das mortes infantis ocorrem no período neonatal, que compreende os 28 primeiros dias de vida. Prematuridade, pneumonia, complicações durante o trabalho de parto, diarreia, sepse e malária são as principais causas de morte de crianças menores de cinco anos. Cerca de metade são associadas à desnutrição (ONU, 2016).

Bittencourt e Gaiva (2014) colocam que um dos maiores desafios atuais para reduzir a mortalidade infantil em nosso país é o cuidado adequado do recém-nascido, além do acompanhamento de todo o ciclo gestacional até o nascimento do bebê, com atendimento de qualidade em todos os níveis de complexidade. O acesso oportuno e efetivo aos cuidados obstétricos e neonatais de qualidade, desde o pré-natal, atendimento ao parto, pós-parto e aos cuidados recebidos pelo recém-nascido garantem a redução da incidência de agravos e, consequentemente, maior sobrevida de recém-nascidos, principalmente os recém-nascidos de risco.

Diante de tais fatos, observa-se a necessidade de recursos tecnológico e humano na assistência e cuidada materno-infantil, com infraestrutura adequada para o atendimento de qualidade e resolutivo. Além disso, é necessário colocar as estatísticas relacionadas à mortalidade no primeiro ano de vida, como um termômetro do estado de bem-estar geral, observando também os cuidados mantidos durante a gestação, o parto e a atenção ao recém-nascido, interligados e ou diretamente inter-relacionados com o ambiente em que vive, condições econômicas e sociais, que influenciam os fatores biológicos e de atenção á saúde.

Não obstante, o Ministério da Saúde aponta que o óbito neonatal precoce e o óbito fetal compõem a mortalidade perinatal, a qual poderia ser reduzida em até 70% pela atenção adequada à gestante, ao parto e ao neonato. Nesse contexto, a prematuridade tem se apresentado como a causa mais importante do óbito neonatal precoce, mas as intercorrências e afecções perinatais ainda são causas relevantes, em especial nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.

O enfrentamento da mortalidade infantil no Brasil deve focar os óbitos perinatais, identificando opções informadas pelas melhores evidências científicas disponíveis para obter a redução contínua e sustentável, considerando aspectos de equidade e o contexto de implementação (BRASIL, 2016).

Tendo a mortalidade perinatal como um grande problema de saúde pública, o MS preconiza a estruturação da rede assistencial regionalizada, com a finalidade de tornar o acesso aos serviços resolutivos no tocante as urgências obstétricas e ao parto, assim como ao neonato. Elenca ainda a capacitação de parteiras tradicionais, implantação do método mãe canguru e disponibilização para as gestantes dos cuidados relacionados as intervenções clínicas, nutricionais e comportamentais (BRASIL, 2012).

Embora a predominância dos partos no Brasil ser hospitalar (98,4%) e assistidos por médicos (88,7%) os resultados são insatisfatórios, uma vez que isso pode ser refletido em intensa medicalização do parto e nascimento com manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal, possivelmente relacionadas à baixa qualidade da assistência e utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas (LANSKY, 2010).

Esses fatores também estão associados ás altas taxas de partos cesarianos eletivos no Brasil. A taxa nacional de partos cesáreos está em torno de 40%; já no setor suplementar onde inclui a assistência á saúde no setor privado e ou pelos planos de saúde, a proporção de cesarianas é em torno de 80%. A face mais marcante do uso indevido de tecnologias em obstetrícia é que, a despeito dos recursos investidos nesta área, a mortalidade materna permanece alta no Brasil e a taxa de prematuridade tem se elevado nos últimos anos. Estes aspectos podem ter relação com o grande número de cesarianas agendadas antes do trabalho de parto, prática comum no setor suplementar. (ANS, 2015).

Neste sentido, coloca-se em questão a qualidade da assistência obstétrica e infantil e sua estreita relação com o serviço prestado, além do impacto de intervenção nessa área para adequação do cuidado entre a Atenção Básica e a assistência hospitalar. A prática cotidiana de e persistente de métodos não mais recomendados como o uso de ocitocina, imobilização no leito, posição litotômica durante o parto, ausência do uso do partograma, são técnicas ainda utilizadas que podem contribuir também para desfechos de resultados não favoráveis ao nascimento de neonatos.

Portanto, os óbitos neonatais são considerados potencialmente evitáveis, desde que os serviços de saúde incorporem em sua rotina de trabalho a análise das características de sua ocorrência. Conhecer essas características contribui para proteger e melhorar a saúde materno-infantil, permitindo a identificação das dificuldades no acesso á assistência pré-natal, ao parto e aos cuidados com o neonato. Além de permitir a reformulação das práticas de saúde, tornando-as mais adequadas, resolutivas e com qualidade. (MOREIRA, 2012).

3.2 Mortalidade infantil no Brasil

A mortalidade infantil é um indicador importante da qualidade geral de vida de uma população, e também diz muito sobre os níveis de acesso e qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2016).

O Brasil ainda conta com níveis alarmantes e eticamente inaceitáveis de mortalidade infantil, apesar das taxas decrescentes nos últimos dez anos. Estudos têm demonstrado a importância de intervenções na redução da mortalidade infantil em todo o país, com destaque especial para as ações dos serviços de saúde **(**MARTINS, 2013).

A redução na mortalidade infantil no componente pós-neonatal (ou infantil tardio) no Brasil, vem acompanhando a tendência de declínio mundial. Porém os óbitos ocorridos durante os primeiros 28 dias de vida têm se tornado dominante. A mortalidade infantil consta de vários componentes, entre eles, a mortalidade neonatal precoce, que ocorre em neonatos antes de completar os sete dias de vida e se constitui como um grave problema de saúde pública (FEITOSA, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, são notórias as diferenças existentes nas regiões do país em relação às mortes infantis, apontando as regiões Norte e Nordeste com as maiores taxas de óbitos no país, ressaltando as desigualdades regionais, estaduais e municipais existentes. (MS, 2012). Dados esses que refletem na complexidade da redução da mortalidade, e a dependência cada vez maior das condições políticas e econômicas estáveis e sustentáveis e o acesso a um sistema de saúde de

qualidade e resolutivo. Com o desenvolvimento do conhecimento e tecnologia em saúde neonatal, interferindo na viabilidade fetal, é ainda maior a necessidade de se adequar o acesso da população de gestantes e crianças aos recursos que reconhecidamente podem interferir na sua sobrevivência e qualidade de vida.

É essencial o monitoramento da mortalidade infantil através de seus fatores de risco, para identificação de possíveis mudanças sociais e econômicas, assim como da qualidade dos serviços de saúde prestados. Vários estudos que abordam o tema da causalidade das mortes infantis ressaltam o evento como evitáveis, dentro da complexa conjunção dos fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais (LOURENCO et al., 2013; GAIVA, 2015).

No enfrentamento do desafio da redução dos óbitos infantis e de seu componente precoce, tem-se nos sistemas de informação a ferramenta imprescindível para detecção dos fatores de risco e de grupos vulneráveis. Destacando-se os Sistemas sobre Mortalidade (SIM) e o sistema sobre Nascidos Vivos (SINASC), ressaltando a importância da qualidade da informação.

Através de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), entre os anos de 2014 e 2016, no Território do Vale do Canindé, ao qual pertence o município de Conceição do Canindé, a taxa de mortalidade infantil (TMI) variou entre 14,5 a 16,1, com uma média de 20 mortes\ano, cujos valores são inaceitáveis para a Organização Mundial de Saúde (OMS). Ressalta-se os desafios no combate a alta mortalidade infantil, em especial aos neonatos, pelo acesso desigual a assistência e intervenções de qualidade que ofereçam cuidados essenciais para o binômio mãe–filho. Paradoxalmente, a natimortalidade registrada no município no período de 2006 a 2016 foi de 13 óbitos. Dessas mortes infantis observa-se uma intercalação de eventualidade de 03 a 02\ano. De 2014 a 2016 antes ou durante o nascimento se deram em fetos com mais de 2.500g e presumidamente em gestantes com mais de 32 semanas de gestação (DATASUS, 2017).

Nos últimos anos o município manteve elevado o número de óbitos infantis no componente neonatal precoce. No entanto, existe subnotificação de óbitos fetais e neonatais precoces, de forma que a obtenção das informações sobre os óbitos e nascimentos é ainda um problema, já que as coberturas das estatísticas vitais são incompletas nacionalmente. Nesse sentido, conhecer como se deu o processo de assistência hospitalar ao neonato é de suma relevância.

2.3- Políticas de controle e prevenção da mortalidade infantil

Diante da atual situação da mortalidade infantil no país e da insuficiência do modelo assistencial vigente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde tem buscado iniciativas para seu enfretamento, dentre estas está a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a implementação de políticas voltadas á Saúde da Criança, a Vigilância dos Óbitos Infantis, a ampliação e manutenção do Programa Nacional de Imunização (PNI) e o pacto de Redução da Mortalidade Infantil.

As mudanças relacionadas ao atual modelo existente incluem propostas direcionadas a atenção ao parto e nascimento, como também á inserção de equipes multiprofissionais com inclusão

da enfermagem obstetra, implantação de protocolos e monitoramento de indicadores a exemplo de outros países que adotaram tal método e obtiveram resultados positivos na redução da mortalidade evitáveis. Cabendo ao sistema de saúde a atribuição de demonstrar a importância do problema e a necessidade de políticas publica eficazes (BRASIL, 2016).

A organização da rede de cuidados materno infantil pela Rede Cegonha e referência na região de saúde pelo nível de complexidade no atendimento, são estratégias que tem contribuído na minimização dos óbitos infantis. Também é importante a permanência de uma equipe multidisciplinar durante todo o período da assistência desde o acolhimento até o desfecho do parto com o nascimento. Para estender esse cuidado na Atenção Primaria, a qualificação da atenção é imprescindível para finalização da evolução fisiológica do parto pela corresponsabilidade de todos os profissionais que participam desse processo natural. Toda a assistência deve estar voltada à redução ao desfecho negativo compreendido do período gravídico-puerperal, evitando problemas e intercorrências (BRASIL\2016).

Na observação deste panorama é possível compreender que a redução da natimortalidade pode ser resultado da interação de vários fatores determinantes, certamente figurando de forma importante dentre estes, a ampliação do acesso à APS, em especial para a gestante e a criança, através da ESF.

A existência das políticas de saúde objetivando a qualificação da assistência obstétrica e neonatal se perdem na ineficiência de planejamento, execução e avaliação das ações propostas; que repercutem na qualidade da consulta pré-natal e na assistência ao parto. Condições encontradas pela precariedade da estrutura física e tecnológica no atendimento à gestante e ao bebê de alto risco corroboram para permanência das altas taxas de mortalidade infantil e neonatal no país (SANTOS, 2014).

A redução significativa da mortalidade perinatal está relacionada à implementação de serviços básicos de atenção ao parto, à regionalização da assistência perinatal por níveis de complexidade hospitalar e a adequação tecnológica e humanizada dos serviços. (LASSWELL et al., 2010; TURA; FANTAHUN; WORKU, 2013; BHUTTA, 2011; YAKOOB et al., 2011).

Em síntese existem várias formas de abordagem a mortalidade, mas nem todas apresentam confiabilidade e efetividade de ações, que vão desde ações isoladas e individuais ás mais complexa voltadas á saúde coletiva.

As metas de Desenvolvimento do Milênio motivaram países, inclusive o Brasil a envidar esforços para reduzir a taxa de mortalidade infantil e, consequentemente, a mortalidade neonatal. A Assembleia Mundial de Saúde em 2014 aprovou a meta para acabar com a natimortalidade evitável até 2030, sendo 12 natimortos ou menos por 1000 nascimentos, com implementação integrada para obter maior efeito no que tange á saúde e a sobrevida materno-infantil.

Ressalta-se que a natimortalidade permanece como um fardo para a sociedade, pelo risco maior as populações mais marginalizadas, pelos custos intangíveis diretos e indiretos á família e profissionais, além da permanência do tabu, estigma e fatalismo que cercam este evento, norteando a necessidade de atendimento e suporte social. Após varias relutâncias e lacunas a prevenção da

natimortalidade foi inclusa na declaração da nova Estratégia global para a saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes (THE LANCET, 2016).

Através da implementação programada nas agendas dos programas de saúde da mulher e da criança com revisões das intervenções de qualidade é possível realizar adequações de esforços coletivos e integrados para abordagem voltada aos fatores de risco que se encontram associados aos óbitos neonatais. Uma assistência pré-natal de qualidade e adequada culturalmente, associada a um planejamento familiar, educação e redução da pobreza se fazem necessárias á saúde e sobrevida materno-infantil.

5 PLANO OPERATIVO

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Elevada mortalidade Neonatal precoce	Explorar e identificar os fatores relacionados e sua relação socioeconômica, reprodutiva e assistencial registrados nos sistemas SIM e SINASC	Minimizar a ocorrência de óbitos precoces Prazo: 06 meses	Reunião com equipes e gestão	Coordenação da Atenção Básica Municipal e ESF
Inexistência do comitê de mortalidade infantil e materna	Implantar a vigilância dos óbitos e concentrar esforços na prevenção	Criação do Comitê de Vigilância dos óbitos Prazo: 03 meses	Reunião com equipes e gestão para formação de comitê municipal	
Baixa qualidade dos dados do SIM\SINASC	Aprimorar o registro de todos os nascimentos, natimortos e óbitos maternos e neonatais	Melhorar a completude dos campos das DNV's e DO's Prazo: 03 meses	Capacitação de profissionais para preenchimento correto das declarações.	Enfermeiros da ESF e Coordenação de Análises (SESAPI)

Inexistência das ações do Programa Rede Cegonha	Melhorar a assistência pré-natal com aumento do número de consultas com qualidade	Envolver familiares e companheiros na assistência pré-natal, parto e pós-parto Prazo: 04 meses	Reunião com equipes para adesão ao programa e implementação; Estimular a participação do companheiro na consulta do pré-natal; Realizar palestras e oficinas com as gestantes e familiares que incentivem as gestantes à realizarem + de 7 consultas de pré-natal.	Coordenação da Atenção Básica Municipal e gestor
Número elevado de cesarianas eletivas	Incentivar profissionais e hospitais da região para adotarem o parto vaginal no processo de trabalho.	Aumento do numero de partos vaginais Prazo: 03 meses	Realizar treinamento aos profissionais de saúde enfatizando os benefícios do parto vaginal Realizar palestras e encontros com gestantes com foco na amamentação e parto vaginal.	Equipe da ESF’s e NASF

5 PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

Para aperfeiçoar o acompanhamento das ações, serão realizadas avaliações mensais através de reuniões com as equipes para análise das metas e prazos a serem cumpridos dos indicadores pré-estabelecidos, além de análises de indicadores como número de óbitos neonatais precoces e número de consultas pré-natal (através dos dados do SIM/SINASC), afim de corrigir possíveis problemas, reorientar as ações e controlar os prazos previstos.

Será realizado acompanhamento rotineiro de informações relevantes. Propõe-se verificar a existência de mudanças, mas não suas razões a fundo. É um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão, redução de problema e correção de processos de trabalho. Em suma, pretende-se acompanhar a realização das atividades e o alcance dos efeitos da intervenção.

6 CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebe-se que a situação de mortalidade neonatal precoce municipal não difere do cenário nacional. Existem lacunas a serem preenchidas em todos os níveis da atenção da rede assistencial. A maior causa de óbito registrada é a hipóxia, causalidade relacionada com a assistência ao parto, e outras compressões do cordão umbilical, causalidade também envolvida com a qualidade do desfecho da gestação.

Portanto intervenções se fazem necessárias, no que diz respeito às melhorias na rede hospitalar de assistência ao parto de baixo risco e também no de alto risco, tanto no âmbito da estrutura física e recursos tecnológicos, como na capacitação de profissionais para acolhimento humanizado ao parto e puerpério imediato, ressaltando a importância da adoção do parto vaginal com ênfase á realização do parto vaginal, não só por ser uma prática preconizada pelo MS, mas também por contribuir na redução desses óbitos.

No que tange as ações a serem desenvolvidas na atenção primaria para minimização essas mortes engloba uma implementação integrada para se obter um efeito positivo, direcionando uma assistência materno-infantil de qualidade. Para isso, utilizar de intervenções baseadas nas evidencias encontradas, afim de assegurar uma gestação saudável e garantir um nascimento seguro, além de desenvolver ações voltadas para saúde reprodutiva. Estruturação de equipes multiprofissionais, capacitação e qualificação para vigilância dos óbitos, manutençãoda regulação das parturientes em tempo oportuno, são medidas importantes no combate á complicações ocorridas durante o trabalho de parto e ou relacionadas ao parto. Além disso, enfatizar os cuidados imediatos ao neonato, já que evidencias apontam para a ocorrência de hipóxia como causa base desses obitos.

Portanto, diante da realidade encontrada no Território do vale do Canindé, o fortalecimento da rede integrada e humanizada se faz urgente, no acolhimento e na classificação

de risco das gestantes e neonatos; além da necessidade da existência do estreitamento de vinculo da rede com a Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal. S.l;ANS;[2008]. [4] p.

ARAUJO, Breno F.; BOZZETTI Mary C and TANAKA Ana C, A. MORTTALIDADE NEONATAL PRECOCE NO MUNICIPIO DE CAXIAS DO SUL: UM ESTUDO DE COORTE. J Pediatr (Rio J) 2000; 76(3):200-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo a mortalidade perinatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

CARVALHO, Patrícia Ismael de et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2007, vol.16, n.3, pp.185-194. ISSN 1679-4974. http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000300005.

BITTENCOURT, Rossana Marchese e GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. Mortalidade neonatal precoce relacionada a intervenções clínicas. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2014, vol.67, n.2 [citado 2017-10-29], pp.195-201. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200195&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0034-7167. http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140025.

GAÍVA, M.A.M.; FUJIMORI, E.; SATO, A.P.S. Mortalidade neonatal: análise das causas evitáveis. **Revista de Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, 2015 mar/abr; v.23, n.2, p:247-53.

JACINTO, Elsa; AQUINO, Estela M L and MOTA, Eduardo Luiz Andrade.**Mortalidade perinatal no município de Salvador, Bahia: evolução de 2000 a 2009.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.47, n.5, pp.846-853. ISSN 1518-8787. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004528.

Lansky, Sônia; Maia, Mônica Bara; Leão, Miriam Rego de Castro.

Belo Horizonte; Rona; 2010. 155 p. tab

LOURENCO, E.C.; BRUNKEN, G.S.; LUPPI, C.G. Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 697-706, dez. 2013

LUNA, Stella Maris Malpici Análise da Implantação das Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Infantil Neonatal em Municípios do Estado de Mato Grosso. https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17919

Martins EF, Rezende EM, Lana FCF, Souza KV. Óbitos perinatais investigados e falhas na assistência hospitalar ao parto. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 Mar [cited 2016 May 12];17(1):38-45. Available from: http: //www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=em

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação em Saúde. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. Brasília: Ministério da Saúde;2012.

Miranda MHH, Fernandes FECV, Campos MEAL et al. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(3):1171-8, mar., 2017.

MOREIRA, Mayrene Dias de Sousa; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; BITTENCOURT, Rossana Marchese. MORTALIDADE NEONATAL: CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS E BIOLÓGICAS DOS RECÉM-NASCIDOS E DE SUAS MÃES. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 17, n. 1, mar. 2012. ISSN 2176-9133. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26383

MOREIRA, K. F. A.; BICALHO, B. O.; SANTOS, L. C. S.; AMARAL, F. M. G. S.; ORFÃO, N. H.; CUNHA, M. P. L. Perfil e evitabilidade de óbito neonatal em um município da Amazônia legal. Cogitare Enferm. (22)2: e48950, 2017.

SALES, Karina Gama dos Santos. Plano de Intervenção para combater a mortalidade infantil na região de saúde de Carangola: um desafio para o SUS. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Conselheiro Lafaiete, 2014. 21f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SOARES, Enio Silva e MENEZES, Greice Maria de Souza.Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2010, vol.19, n.1, pp.51-60. ISSN 1679-4974. http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000100007.

THE LANCET. Ending preventable stillbirths Series 2016: http://www.thelancet.com/series/ending-preventablestillbirths