

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA

ANÁLISE DOS INDICADORES DE MORTALIDADE INFANTIL DO EXTREMO
OESTE, SC

Mara Rúbia Casanova - Acadêmica

Ana Maria Martins Moser - Mestre em Saúde Coletiva

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil da mortalidade infantil em menores de um ano, na região de saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo transversal, quantitativo, retrospectivo e observacional. As informações foram obtidas do Departamento de Informações e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), segundo os dados sobre mortalidade no Estado de Santa Catarina, no período entre 2011 a 2014. Foram classificadas conforme a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde; dados da mãe e sobre as características do recém-nascido.

Resultados: foram analisados 110 casos de mortalidade infantil; principal causa capítulo Código Internacional de Doenças - CID 10 foi: Algumas afecções originadas no período perinatal; o município de residência das mães em destaque foi São Miguel do Oeste; idade das mães prevaleceram entre 21 e 30 anos, nível de escolaridade com 8 a 11 anos de instrução; parto cesárea com taxa de 47,2%; duração da gestação menor de 37 semanas; maioria dos óbitos receberam assistência médica; prevaleceu maiores casos do sexo masculino; cor/pele branca; peso ao nascer entre 501g a 1kg.

Conclusão: A mortalidade infantil está vinculada a causas evitáveis, deficiência na qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Frente a estes resultados, percebeu-se que a mortalidade infantil estudado é elevada. Sugere-se

intervenções nestes aspectos, como uma medida para reduzir os índices de mortalidade infantil, melhoria à oferta e qualidade dos serviços de saúde, otimizando ações de Atenção Primária à Saúde, assim como a ação do COMIF a fim de reduzir os indicadores de mortalidade infantil.

Palavras chaves: Mortalidade infantil, Epidemiologia descritiva, Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil, interpretada como o risco de um nascido vivo (NV) morrer antes de completar um ano de vida, é um importante indicador de saúde da população. Ela pode ser impactada por fatores genéticos, pela qualidade da assistência no pré-natal e no parto, e pelo acesso a serviços de saúde que disponham de infra-estrutura de maior complexidade. Intervenções no tempo oportuno, em áreas e populações sob risco, podem contribuir para a redução da mortalidade infantil (LOURENÇO et al, 2013).

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica de situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência do controle do pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

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

Segundo Victora e colaboradores, os decréscimos anuais da mortalidade infantil aumentaram após 1980: ocorreram 47 mortes por 1000 nascidos vivos em

1990, 27 mortes/1000 em 2000 e 19 mortes/1000 em 2007, representando uma redução de 4,4% no período 2000-2008. Isto indica uma tendência decrescente da mortalidade; porém, esses números ainda são alarmantes, na medida em que muitas dessas mortes são consideradas evitáveis (DOLDAN et al, 2011).

Para LOURENÇO et al, 2013 conhecer as causas relacionadas à mortalidade neonatal, a partir dos sistemas de informações, e identificá-las como evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em determinado local e época, são iniciativas imprescindíveis para o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção, em todos os níveis da atenção à saúde. Os óbitos evitáveis não devem ocorrer se o sistema de saúde agir adequadamente, haja vista que os fatores determinantes são passíveis de detecção e de intervenção oportuna e adequada.

É necessário o esforço dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal – para que a investigação dos óbitos seja efetivamente implementada, com vistas a reduzir a mortalidade infantil e fetal (Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 2009).

Conforme o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal a subnotificação de óbitos no País é ainda um problema a ser enfrentado, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. A omissão do registro do óbito em cartório, seja pela dificuldade de acesso ou pela falta de orientação, existência de cemitérios irregulares ou pela falta de conhecimento da população sobre a importância da Declaração de Óbito, compromete o real dimensionamento do problema e a identificação das ações adequadas de saúde para a diminuição das taxas de mortalidade.

Da mesma maneira, a baixa qualidade das informações nas declarações de óbito, representada pelo grande contingente de causas mal definidas de óbito – imprecisões na declaração da “causa da morte” – e campos não preenchidos, prejudica a análise dos fatores que influenciam a mortalidade e, conseqüentemente, dificulta as ações de intervenção.

É necessário, portanto, esforço especial e mobilização dos gestores e das equipes de saúde para a identificação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações e incorporação da avaliação dos serviços de saúde para melhoria da

assistência. A responsabilização e o compromisso dos serviços de saúde sobre a população de sua área de abrangência e, neste caso, sobre a morte de uma criança, devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, com o propósito de se identificar os problemas, as estratégias e medidas de prevenção de óbitos evitáveis, de modo que o País diminua as desigualdades nas taxas de mortalidade e alcance melhores níveis de sobrevivência infantil (Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 2009).

Neste intuito, a região do Extremo-oeste do estado de Santa Catarina, criou em 13/06/2014 o Comitê Regional de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal do Extremo-Oeste - COMIF, sendo formada por 30 municípios: Anchieta, Bandeirante, Barra Bonita, Belmonte, Bom Jesus do Oeste, Descanso, Dionísio Cerqueira, Flor do Sertão, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Iporã do Oeste, Iraceminha, Itapiranga, Maravilha, Modelo, Mondai, Palma Sola, Paraíso, Princesa, Romelândia, Saltinho, Santa Helena, Santa Terezinha do Progresso, São João do Oeste, São José do Cedro, São Miguel da Boa Vista, São Miguel do Oeste, Saudades, Tigrinhos, Tunápolis. A região é composta por uma população de 224.607 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ano 2012. Desse total, 109.601 compõe a população feminina (49 %), da qual 68.364 são de mulheres em idade fértil (MIF) perfazendo um total de 62,4 %. O número de nascidos vivos (NV) foi de 2631 (SINASC, 2010). O município com maior população é São Miguel do Oeste com 36.306 habitantes (16,24 % do total da CIR) e o menor é Flor do Sertão com 1.588 habitantes (0,7% do total da CIR) segundo IBGE, 2010 (PLANO DE AÇÃO REGIONAL REDE CEGONHA, 2013).

Este comitê assumiu a responsabilidade da investigação de cada óbito ocorrido na região do extremo oeste, procurando não apenas determinar sua evitabilidade como também especificar as respectivas medidas de prevenção. A análise das mortes infantis por sua evitabilidade é um importante indicador de efetividade dos serviços de saúde e seu monitoramento pode ser de grande relevância para a avaliação dos serviços de saúde.

O objetivo deste estudo foi analisar as principais causas da mortalidade infantil em menores de um ano, na região do extremo oeste de Santa Catarina, nos

anos de 2011 a 2014 e determinar os fatores associados ao óbito infantil, bem como conhecer a realidade da região.

METODOLOGIA

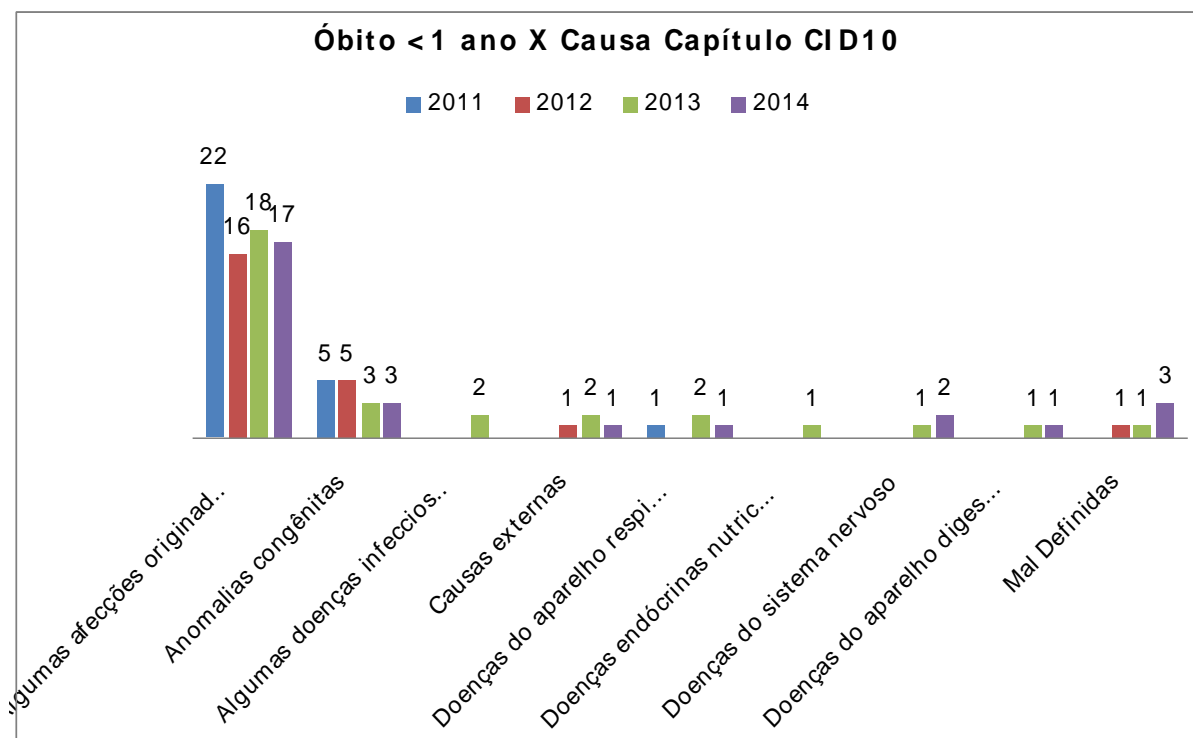
Trata-se de um estudo descritivo transversal, quantitativo, retrospectivo e observacional realizado no período de agosto a novembro do ano de 2015, a partir de dados secundários obtidos Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS. Os casos foram definidos como crianças nascidas na região do extremo oeste de SC que foram a óbito nos anos de 2011 a 2014 antes de completarem um ano de idade. A relação dos óbitos obtida através do DATASUS totalizou 110 casos no período analisado.

As variáveis estudadas foram segundo Causa Capítulo CID 10, sobre os dados da mãe: município de residência; idade (10 a 14; 15 a 20; 21 a 30; 31 a 40; 41 a 50 anos de vida e ignorado); escolaridade (nenhuma, de 1 a 3 anos de estudo; de 4 a 7 anos de estudo; de 8 a 11 anos de estudo; de 12 anos e mais de estudo, ignorado); tipo de parto (vaginal; cesárea; ignorado); duração da gestação (menos de 22 semanas; 22 a 27 semanas; 28 a 31 semanas; 32 a 36 semanas; 37 a 41 semanas; ignorado); assistência médica(sim; não; ignorado), e sobre as características dos recém-nascidos, foram estudadas as seguintes variáveis: sexo (masculino; feminino; ignorado); cor da pele (branca parda; ignorado); peso ao nascer (<2.500 gramas; >2.500 gramas).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2011 a 2014, na região do Extremo Oeste de Santa Catarina, segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), foram registrados 10.960 Nascidos Vivos e segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) um total de 110 casos de mortalidade infantil, menores de um ano.

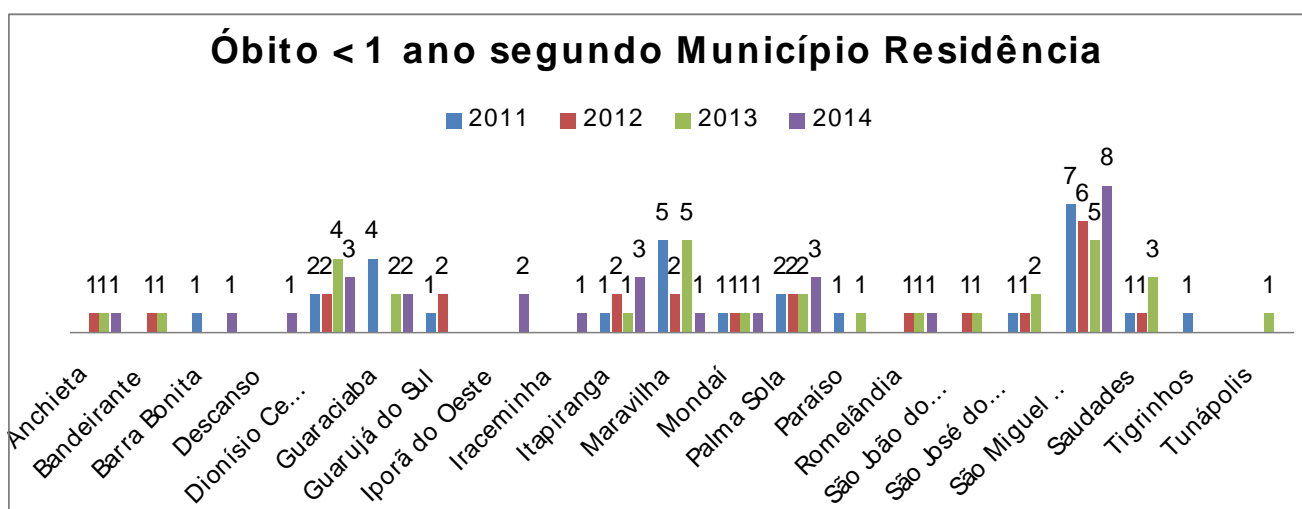
Gráfico 01 – Distribuição da Mortalidade Infantil em menor de 1 ano segundo Causa Capítulo CID10 encontradas no DATASUS, Região do Extremo Oeste, Estado de Santa Catarina, Brasil, 2011-2014.



Fonte: SIM, DATASUS (2015).

Observa-se que no estudo prevaleceu como principal causa de morte em menores de um ano, na Região do Extremo Oeste de Santa Catarina: Algumas afecções originadas no período perinatal, 73 (66,3%) casos, seguindo anomalias congênitas, 16 (14,5%) casos. Em comparação no estudo de DOLDAN et al. (2011), demonstrou que as principais causas de mortalidade infantil em Foz do Iguaçu, como no Brasil, foram aquelas classificadas como Afecções do período perinatal. Afirmando os dados estatísticos do Sistema de Informação de Mortalidade nos anos de 2011 a 2014 esta doença também foi a principal causa de morte no país (BRASIL, 2015).

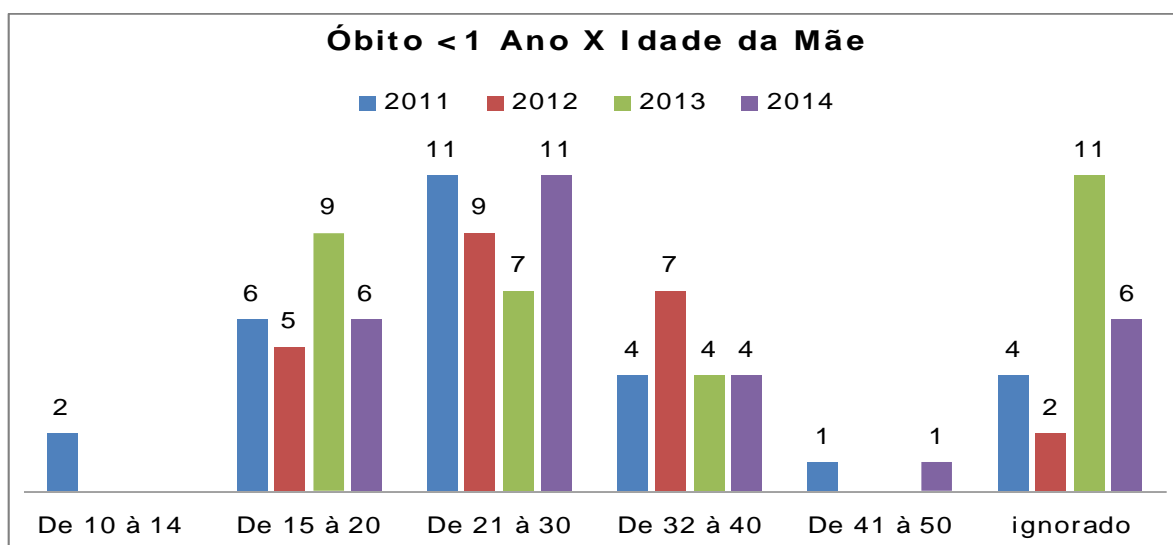
Gráfico 02 – Mortalidade Infantil segundo Município Residência da mãe, Extremo Oeste, Estado de Santa Catarina, Brasil, 2011-2014.



Fonte: SIM, DATASUS (2015).

O município de São Miguel do Oeste registrou o maior número de casos de óbito em menores de um ano, segundo município de residência da mãe, correspondendo a 26 óbitos (23,6%) entre todos os municípios da região do Extremo Oeste de SC, considerando que essa é a cidade com maior densidade demográfica, seguido do município de Maravilha/SC o qual registrou 13 óbitos (11,8%), em < de um ano os municípios de Belmonte, Bom Jesus do Oeste, Flor do Sertão, Modelo, Princesa, Saltinho, Santa Helena, Santa Terezinha do Progresso e São Miguel da Boa Vista não foram registrados nenhum óbito.

Gráfico 03 – Mortalidade Infantil em menor de 01 ano segundo Idade mãe, da região do Extremo Oeste, Estado de Santa Catarina, Brasil, 2011-2014.

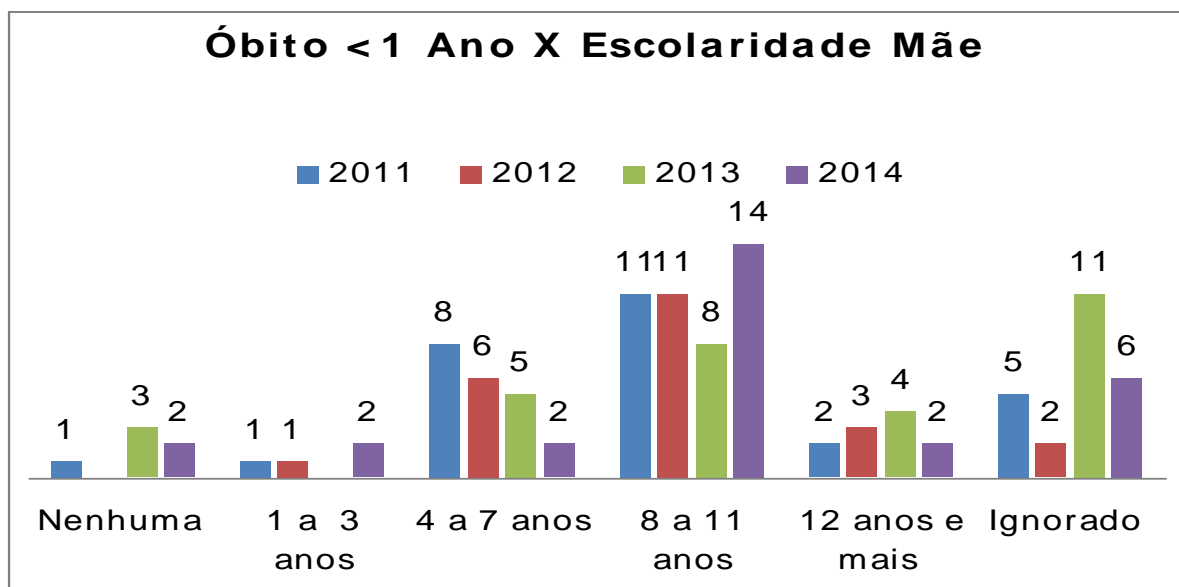


Fonte: SIM, DATASUS (2015).

Segundo à idade, 34,5% (38) estavam na faixa etária entre 21 e 30 anos; 17,2% (19) estavam na faixa etária entre 31 e 40 anos; 1,8% (2) estavam na faixa etária entre 41 e 50, 20,9% (23) ignorado; 23,7% (26) na faixa etária entre 15 e 20 anos; e 1,9% (2) na faixa etária menor que 15 anos. Somando-se as duas últimas faixas etárias, ou seja, todas as menores de 20 anos, consideradas adolescentes, constatou-se 25,6%, ou seja, 28 eram gestantes adolescentes. Segundo CARNIEL et al. (2006), referem que vários estudos mostram que há riscos quando a gravidez ocorre na adolescência, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (RN) coincidindo também na mesma forma, onde os autores MONTEIRO et al. (2009) considera-se gravidez na adolescência aquela ocorrida até os 20 anos incompletos, obedecendo se a uma classificação oficial da Organização Mundial da Saúde (OMS), em que a adolescência estaria compreendida dos 10 aos 19 anos. Ainda afirmam que na literatura brasileira a gravidez na adolescência aparece sob o enfoque de "risco", associada a um certo imaginário contemporâneo da adolescência enquanto um período instável, caracterizado por crises. Diversos estudos discorrem sobre os resultados indesejados de uma maternidade precoce para as mulheres e seus filhos, tal como a mortalidade infantil, justificada não só pela incapacidade fisiológica da gestante (cujos efeitos se traduziriam no tamanho e no baixo peso do recém-nascido), mas também pela imaturidade psíquica do jovem para criar uma

criança, deixando esta mais propensa a contrair doenças infecto-contagiosas ou a sofrer acidentes.

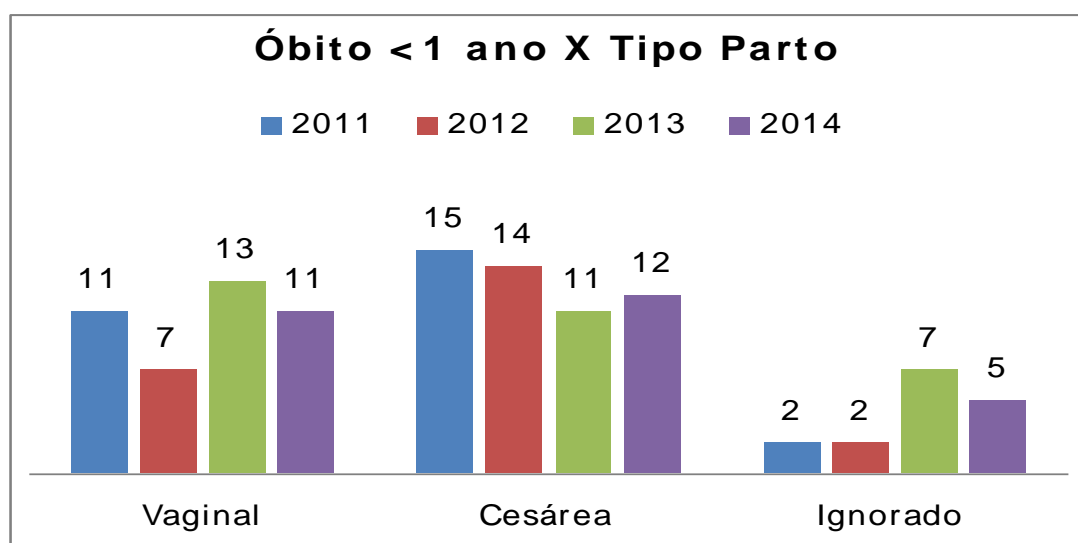
Gráfico 04 – Mortalidade Infantil em menor de 1 ano segundo Escolaridade mãe da Região do Extremo Oeste, Santa Catarina, Brasil, 2011-2014.



Fonte: SIM, DATASUS (2015).

Segundo a escolaridade, 44 gestantes (40%) possuíam entre a 8ª série e ensino médio completo, 11 gestantes (10%) possuíam 12 anos e mais, 31 gestantes (28,1%) possuíam De acordo com AGUIAR 2011, no estudo, onde cita Helena, Sousa e Silva (2005) referem por meio de análise univariada, mostrou que as mães com escolaridade equivalente ao ensino fundamental incompleto ou menos apresentaram 2,29 vezes mais chances para mortalidade infantil que as mães com maior escolaridade. Em concordância com esse estudo, achados de Geib et al. (2010) relatam que a escolaridade materna inferior a oito anos foi evidenciada como determinante social independente para óbito infantil, com um risco de morte 5,7 vezes maior antes de completar o primeiro ano de vida, quando comparado com mães com escolaridade acima de oito anos. Observamos no estudo que na região do Extremo Oeste não possui relação de mortalidade infantil com baixa escolaridade.

Gráfico 05 – Mortalidade Infantil segundo Tipo Parto predominante na Região do Extremo Oeste, Santa Catarina, Brasil, 2011-2014.



Fonte: SIM, DATASUS (2015).

O estudo demonstra altas taxas de nascimento por Parto Cesárea os quais foram responsáveis por 52 (47,3%) casos dos mesmos. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996).

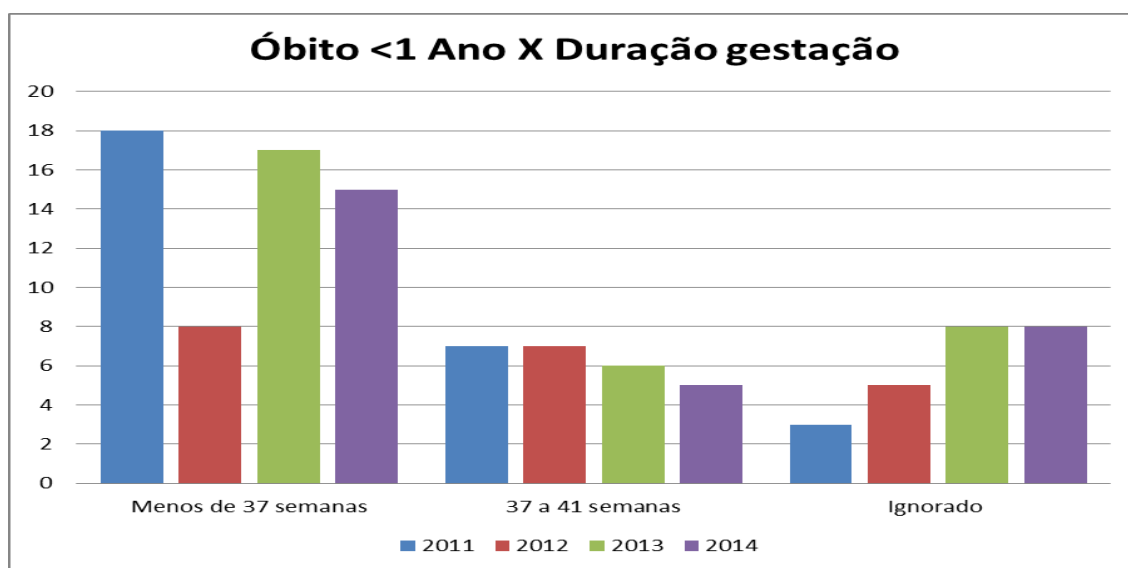
A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou parto. Este é, portanto, um recurso utilizável em situações pré-estabelecidas, ou emergenciais, durante a evolução da gravidez ou parto, onde existe algum tipo de risco de vida para a mãe, o bebê ou para ambos.

Segundo CARNIEL et. al (2008), estudos mostram maior risco de mortalidade e morbidade materna, como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, riscos anestésicos, entre outros. Para o recém-nascido (RN), há maior probabilidade de ocorrerem distúrbios respiratórios, icterícia, fisiológica, prematuridade iatrogênica, hipoglicemia, anóxia, entre outros.

De acordo com o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde, as cesáreas representaram, em 2004, mais de 41% dos partos realizados no país.

A Rede Cegonha prioriza ações para mudança desse modelo, ao devolver o parto para a vivência íntima e pessoal de cada mulher, dentro de uma ambiência adequada para a boa evolução do nascimento do bebê, com a inclusão da presença de um acompanhante de livre escolha da mulher e a adoção de boas práticas de atenção centradas no bem-estar da mulher, da criança, do pai e da família, associada às ações de melhoria da eficiência gestora do SUS. (BRASIL, 2013). O número de cesarianas realizadas nas maternidades brasileiras dá um sinal de alerta.

Gráfico 06 – Mortalidade Infantil segundo a Duração da gestação, na Região do Extremo Oeste, Santa Catarina, Brasil, 2011-2014.



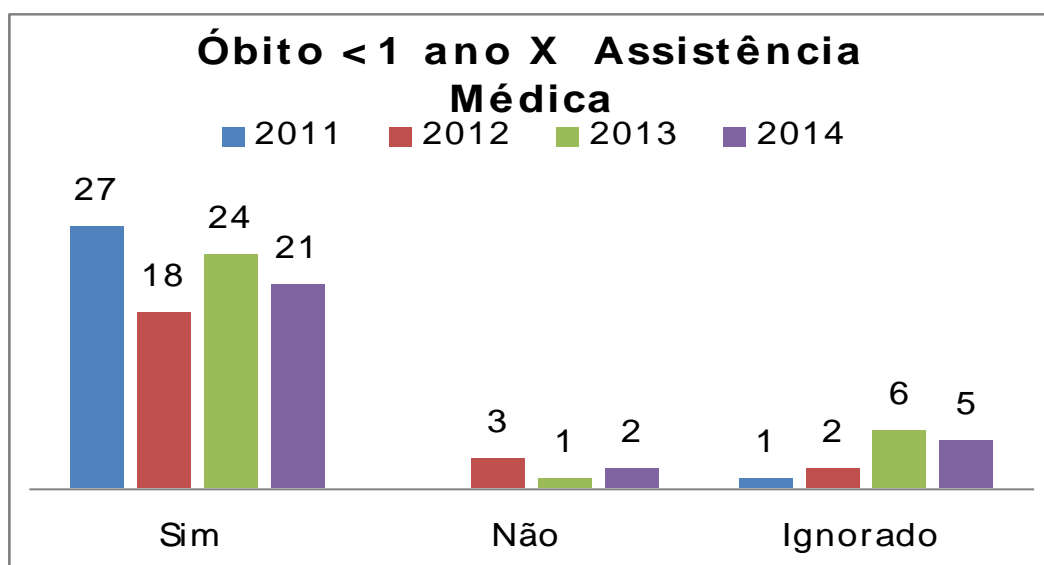
Fonte: SIM, DATASUS (2015).

Esta variável foi estatisticamente significativa sobre a duração da gestação menor de 37 semanas, representando 55,4% (61) dos óbitos. Almeida et al. 2013, definem o termo prematuridade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1961), como o nascimento abaixo de 37 semanas de gestação. O nascimento pré-termo é atualmente uma das principais causas da mortalidade infantil em países desenvolvidos, superando como causa principal de mortalidade neonatal as mortes por outras causas no seu conjunto. Em torno de 75 a 80% das mortes perinatais ocorrem em nascidos pré-termos. Constitui-se também em fator de risco para

morbidade neonatal e da primeira infância, e em longo prazo pode contribuir para distúrbios do neurodesenvolvimento, dificuldades socioemocionais e comportamentais, além de afetar o estado de saúde na vida adulta e trazer anualmente aos países um alto custo social e econômico.

RAMOS e CUMAN (2009), o parto pré-termo é definido como aquele cuja gestação termina entre a 20^a e a 37^a semanas ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação. A mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros, além disso, a carga econômica associada a esses nascimentos é significativa na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, especialmente com relação ao neonato.

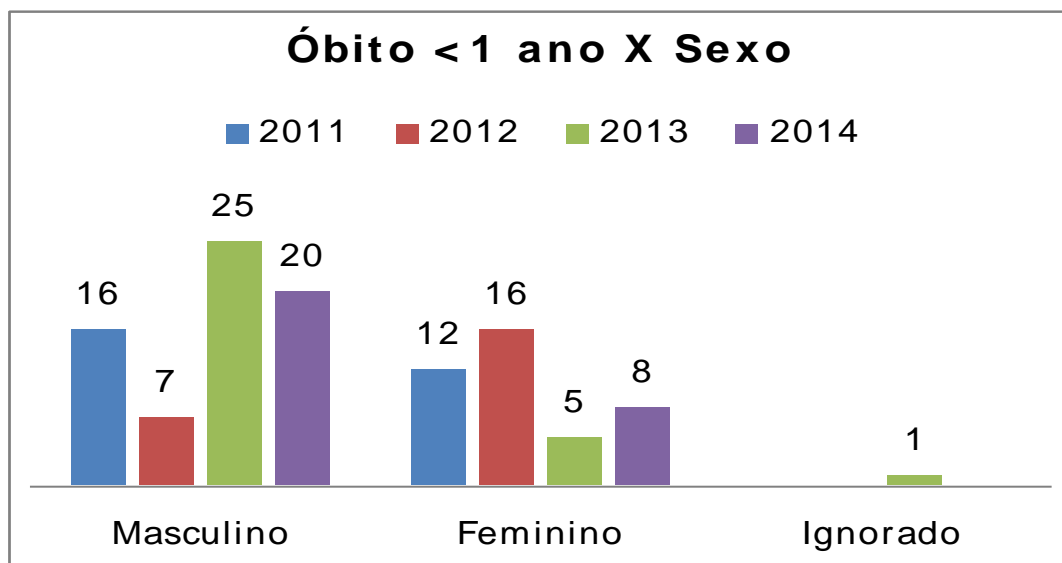
Gráfico 07 – Resultado da análise da Mortalidade Infantil segundo a Assistência Médica, Região do Extremo Oeste, Santa Catarina, Brasil, 2011-2014.



Fonte: SIM, DATASUS (2015).

Nesta análise mostram que 81,8% receberam assistência médica, 12,7% ignorado e 5,5% não recebem ou não procuraram por assistência.

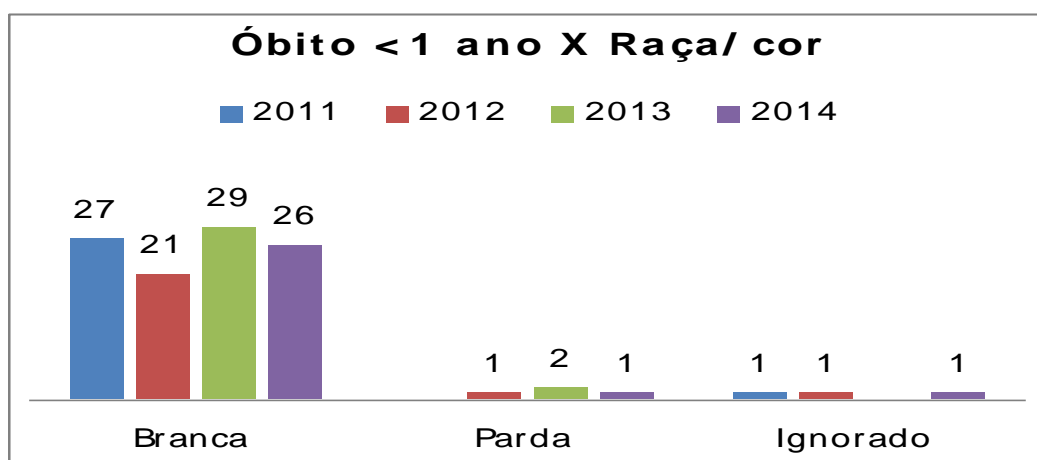
Gráfico 08 – Distribuição Mortalidade Infantil, segundo Sexo, na Região do Extremo Oeste, Santa Catarina, Brasil, 2011-2014.



Fonte: SIM, DATASUS (2015).

Segundo o sexo o maior número de mortalidade eram do sexo masculino, correspondendo a 68 casos (61,8%) e sexo feminino 41 casos (37,2%) e conforme LOURENÇO et al. (2013) estudos apontam que recém-nascidos do sexo masculino apresentam o amadurecimento mais tardio do pulmão, elevando, conseqüentemente o risco de problemas respiratórios, que estão entre as principais causas de óbitos nesta faixa etária.

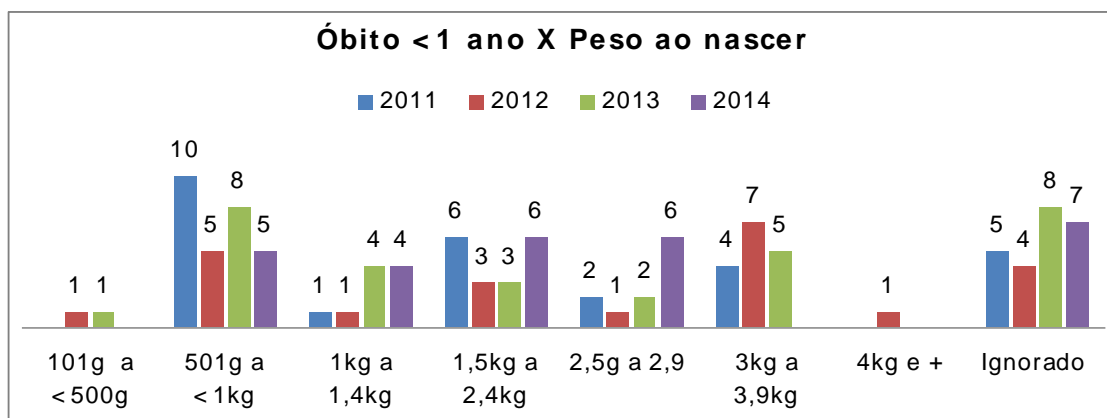
Gráfico 09 – Mortalidade Infantil em menor um ano segundo características Raça/cor Região do Extremo Oeste, Santa Catarina, Brasil, 2011-2014.



Fonte: SIM, DATASUS (2015).

De acordo com a Raça/cor 93% das gestantes eram de raça brancas. Segundo os dados do IBGE (2009), a região do extremo oeste apresenta uma população maior de pessoas de raça branca.

Gráfico 10 – Mortalidade Infantil segundo características do Recém-nascido quanto peso ao nascer na Região do Extremo Oeste, Santa Catarina, Brasil, 2011-2014.



Fonte: SIM, DATASUS (2015).

Quanto a variável peso ao nascer, 28 casos dos óbitos em menores de um ano ocorreram com peso entre 501 g a menor 1kg , entretanto destaca-se a totalização de 58 óbitos (52,7%) com menos de 2,5kg. Segundo CARNIEL et al. (2008), descreve o peso ao nascer é, provavelmente, o fator isolado mais importante relacionado à mortalidade neonatal, pós-neonatal e infantil, à morbidade na infância e ao risco de várias doenças na idade adulta. O Baixo Peso ao Nascer, que pode ser decorrente de prematuridade ou de retardo de crescimento intra-uterino, tem sido objeto de vários estudos em virtude de participação importante na mortalidade e morbidade infantis e riscos para a saúde na vida adulta. As crianças nascidas com menos de 2.500g têm risco aumentado de morte no primeiro ano de vida, de desenvolverem enfermidades infecciosas e respiratórias e de terem atraso de crescimento e desenvolvimento. Além disso, estudos sugerem que estas crianças podem, no futuro, apresentar doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, diabetes tipo 2, hiperlipidemia e obesidade.

CONCLUSÕES

O estudo possibilitou evidenciar algumas características referentes à mortalidade infantil da região do Extremo Oeste de SC, de acordo com dados do DATASUS. Ao avaliar que a principal doença causadora das mortes em < de um ano segundo CID 10 constatou-se Algumas afecções originadas no período perinatal, predominando o município de residência da mãe São Miguel do Oeste com 23,6%.

Quanto à idade materna, identificou-se a maior ocorrência de casos com mães em idade entre 21 e 30 anos 34,5%, seguindo de gestantes adolescentes, menores de 20 anos 25,6%. Observa-se que quanto mais precoce ocorre a gravidez mais prejuízo trará para o binômio mãe e filho.

No que diz respeito à escolaridade, os óbitos foram mais frequentes nos casos em que a escolaridade da mãe possuía entre 8 a 11 anos de estudo.

Diante o tipo de parto, pôde-se evidenciar uma maior quantidade de óbitos em decorrência do parto cesáreo. Tal fato é evidenciado em diversos outros estudos, sendo que, mesmo apesar do conhecimento desse fator de risco, o parto cesáreo ainda é o mais comum, tornando-se um sinal de alerta. Ao analisar a idade gestacional/duração da gestação, percebeu-se que a maior ocorrência de óbitos foi no período compreendido menor de 37 semanas de gestação, possuindo relação entre a idade gestacional e a mortalidade infantil. A prematuridade ocorre frequentemente em concomitância com o baixo peso. O Baixo Peso ao Nascer foi fortemente influenciado pela prematuridade, ou seja, as crianças nascidas antes de 37 semanas possui relação com peso menor de 2.500g. A prevalência do sexo masculino foi 61,8%, outro fator associado a prematuridade.

Ao analisar sobre assistência médica percebeu-se que grande maioria foi assistida pelo profissional médico.

Conhecer as características da população materno-infantil da região é um dos principais requisitos que contribui para a eliminação dos riscos e o alcance de uma assistência de saúde com equidade, tornando-se possível a formulação de ações que promovam a melhoria da qualidade de vida das gestantes, reduzindo as taxas de mortalidade infantil.

O principal papel dos profissionais envolvidos neste atendimento é a escuta atenta das clientes, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que possam conduzir com autonomia suas gestações e partos. Neste sentido, é interessante que se efetuem trocas de experiências entre as mulheres e os profissionais de saúde – ações educativas – pois facilitam a compreensão do processo gestacional.

É de fundamental importância que as pesquisas realizadas contribuam de forma significativa para o avanço da saúde em geral. Profissionais de saúde têm o dever de sensibilizar-se do papel que junto às adolescentes, sejam promotores de saúde, condutores de mudança com o intuito de levar estas adolescentes a cidadania plena, junto com familiares, e construir cidadãos saudáveis e felizes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Prof^a Mestre Ana Maria Martins Moser. Universidade do Oeste de Santa Catarina, pelas sugestões e críticas na confecção final deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dimensão “Atenção à Saúde”** – 2ª fase Taxa de Parto Cesáreo. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude2fase.pdf>. Acesso em: 10 de out. 2015

AGUIAR, Jaina Bezerra de. **Fatores de risco para mortalidade neonatal, em hospital de referência**. 2011. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza - Ceará, 2011. Disponível em: <http://www.uece.br/cmisp/dmdocuments/Dissertacao_Jaina_Bezerra_de_Aguiar.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

ALMEIDA, Thassiany Sarmiento Oliveira de et al. Investigação sobre os fatores de risco da prematuridade: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Brasília, v. 17, n. 3, p.301-308, 17 mar. 2013. Bimestral. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/13674/9814>>. Acesso em: 10 set. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco**: manual técnico – 5ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Grávidas. **Parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CARNIEL, Emília de Faria; ZANOLLI, Maria de Lurdes; ALMEIDA, Carlos Alberto Avancini de e MORCILLO, André Moreno. **Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2006, vol.6, n.4, pp. 419-426. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000400009>>. Acesso em: 10 de out. de 2015

CARNIEL EF, ZANOLLI ML, ANTÔNIO MÂRG, MORCILLO AM. **Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos.** Rev. bras. epidemiol, v. 11, n. 1, p. 169-179, 2008.

DOLDAN, Roberto Valiente; COSTA, Juvenal Soares Dias da e NUNES, Marcelo Felipe. **Fatores associados à mortalidade infantil no Município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil: estudo de caso-controle.** Serv. Saúde v.20 n.4 Brasília dez. 2011.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter; FREU, Cheila Mara; BRANDAO, Marlise e NUNES, Magda Lahorgue. **Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul.** Ciência & Saúde, Coletiva. Rio Grande do Sul. v. 15, n.2, p. 363-70, 2010.

HELENA, Ernani Tiaraju de Santa; SOUSA, Clóvis Arlindo de and SILVA, Cristiane Amorin da. **Fatores de risco para mortalidade neonatal em Blumenau, Santa Catarina: linkage entre bancos de dados.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2005, vol.5, n.2, p. 209-217.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

LOURENCO, Eloá de Carvalho; BRUNKEN, Gisela Soares e LUPPI, Carla Gianna. **Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007.** Epidemiol. Serv. Saúde. 2013, vol.22, n.4, pp. 697-706. Brasília dez. 2013.

MINISTÉRIO DA SAUDE. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, 2ª edição Brasília – DF, 2009.

MONTEIRO YAM, BESSA AR, BEZERRA MGA, ALBUQUERQUE CM. **Gravidez Na Adolescência.** No Olhar Da Primigesta, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: 1996.

RAMOS Helena Ângela de Camargo; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. **Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental** Esc. Anna Nery vol.13 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2009.

SANTA CATARINA. Datasus. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). **Mortalidade Infantil - menor de 1 ano.** 2015. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/cgi/deftohtm.exe?inf.def>>. Acesso em: 08 out. 2015.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Plano de Ação Regional Rede Cegonha - Colegiado Intergestores Regional Extremo Oeste/SC,** jun. 2013.