

## 8º FÓRUM DE EXTENSÃO E CULTURA DA UEM

### RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ANÁLISE DE ÓBITOS INFANTIS NA 15ªRS, AS DIFERENTES CULTURAS E O ENRIQUECIMENTO NA FORMAÇÃO DO ACADÊMICO.

Isadora Porte Santana<sup>1</sup>  
Jamille Moura dos Santos<sup>1</sup>  
Andressa Suellen Frascarelli<sup>1</sup>  
Líria Fatima de Sá<sup>2</sup>  
Thais Aidar de Freitas Mathias<sup>3</sup>

Trata-se de um relato, cujo objetivo é descrever a experiência das acadêmicas do 4º ano de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM) na construção e análise dos óbitos infantis no Comitê de Prevenção da Mortalidade Materno Infantil (CPMI). Os resultados evidenciaram que há uma falha na educação em saúde da população estudada e permitiu aos alunos uma maior reflexão sobre os problemas apresentados pela gestante em relação a autoconhecimento, estrutura familiar, melhor compreensão da rede familiar e como a cultura familiar influencia na qualidade da gestação.

**Palavras-chave:** Mortalidade Infantil. Comitê de Prevenção da Mortalidade Materno Infantil. Fatores Sociais.

**Área temática:** Saúde.

**Coordenador(a) do projeto:**Thais Aidar de Freitas Mathias, tafmathias@wnet.com, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá.

#### Introdução

A mortalidade infantil, por ser um evento reduzível, é um indicador importante da qualidade dos serviços assistenciais a saúde, principalmente da saúde da mulher e da criança, das condições de acessos a estes serviços, e das condições de bem estar social por parte dessa população<sup>(1)</sup>. Espera-se que a mortalidade atinja índices muito baixos no decorrer dos anos. Sendo assim, conhecer o perfil da mortalidade infantil de uma determinada área é essencial para avaliar ações de saúde, relativas à saúde da criança, desenvolvidas nos municípios. Entre as estratégias adotadas para monitorar e diminuir a mortalidade infantil o Ministério da Saúde (MS) criou os CPMI implantados pela portaria nº 1399<sup>(2)</sup>.

Os Comitês têm como principais objetivos estabelecer uma rede de vigilância dos óbitos infantis ocorridos nos municípios, avaliar e corrigir, quando necessário, a causa básica desses óbitos bem como identificar os fatores determinantes e propor intervenções

---

<sup>1</sup> Discente, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá

<sup>2</sup> Técnico de Saúde, Responsável pelo Comitê Regional de Mortalidade Materna e Infantil.

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Saúde Pública, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá.

através de medidas educativas e informativas visando à prevenção, promoção e reorganização da assistência a saúde <sup>(3)</sup>. A organização e o trabalho destes contribuem para o aprimoramento das informações sobre mortalidade e possibilitam a melhora na organização da assistência de saúde para a redução das mortes reduzíveis.

O conceito de cultura tem sido evocado no ofício do desenvolvimento da educação em saúde, mas não tem sido explorado em profundidade pelos autores da chamada corrente de educação popular e pelos profissionais de saúde em geral. Pessoas leigas constroem as próprias concepções e racionalidades acerca das doenças, baseadas nas suas experiências vividas e no contexto cultural. Tais interpretações subjetivas, os modelos explicativos populares da enfermidade (*illness*), são ainda diferentes dos modelos explicativos profissionais da doença (*disease*). Os comportamentos maternos nesse contexto são mediados por construções culturais, que devem ser aprofundadas e compreendidas antes da interpretação dos motivos e ações no cuidado infantil. <sup>(4)</sup>

O departamento de enfermagem da UEM possui Projetos de Extensão que permitem aos acadêmicos que deles participar, levar seus conhecimentos acadêmicos científicos a comunidade, e como troca de experiências, enriquecer sua formação acadêmica. O Projeto de Extensão “Projeto de extensão informações em saúde em Maringá. Contribuições para integração e aprimoramento, insere os alunos na 15ª Regional de Saúde do Paraná, localizada no município de Maringá”, para que eles participem dos CPMI, e além de executar a parte burocrática e de inserção de dados já descritas, possibilita que o acadêmico depare com outros diagnósticos, enfermidades e procedimentos realizados na tentativa de salvar a vida do recém nascido, que por muitas vezes não se tem oportunidade de ver em sala de aula. Além disso, possibilita contato com diferentes realidades, não conhecidas pelo acadêmico no contexto da cultura e da sociedade em que está inserido. A partir daí conscientizar-se destas diferentes realidades, e orientar ações para diminuição dos óbitos.

### **Materiais e Métodos:**

Os dados foram obtidos dos prontuários montados durante o processo de investigação e das análises finais dos 87 óbitos infantis junto ao CRPMI, da 15ª RS do Estado do Paraná, no ano de 2009. Os resultados apresentados são provenientes do banco de dados do SIMI, um sistema de informações próprio do estado do Paraná. O material de trabalho do CPMI é constituído por dados de documentos que constam no prontuário e nas fichas de investigações dos óbitos infantis. Os principais formulários constantes do processo de análise do CPMI destacam-se: a Declaração de Óbito (DO) que chega ao município na Vigilância Epidemiológica, onde é solicitado ao Serviço de Saúde (ambulatorio, hospital, domicilio) os dados de atendimento à gestante ou ao bebê, como prontuário, carteiras de pré-natal, carteira de vacinação, dados do pré-natal, juntamente com dados da visita domiciliar à família do falecido realizada geralmente pela enfermeira da Unidade de Saúde. Após coletados os dados, estes são analisados pelo CPMI que faz a revisão, complementação, análise e digitação das fichas de análise no SIMI. O SIMI por sua vez repassa via intranet os dados ao Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Infantil que fará a consolidação e avaliação das informações do SIMI <sup>(5)</sup> de todo o estado do Paraná.

As análises de óbitos foram escolhidas através da leitura da totalidade dos prontuários dos óbitos infantis ocorridos no ano de estudo, sendo que o critério de escolha utilizado foi selecionar óbitos que apresentavam maior discrepância com a realidade dos acadêmicos

participantes do projeto. Primeiramente, selecionaram-se 10 análises, e posteriormente foi realizada uma filtragem que resultou na escolha das 3 mais marcantes. Como compromisso dos pesquisadores com a privacidade e a confidencialidade das informações sigilosas foi preservado integralmente o anonimato relativo aos documentos pesquisados.

### **Discussão de Resultados**

Durante o processo de análise dos óbitos, observamos que alguns apresentavam grande discrepância com a realidade cultural das acadêmicas, oportunizando a compreensão de diversas situações e ações que ocorreram levando ao óbito, que em grande parte, são considerados evitáveis.

Análise 1: *“Mãe 14 anos, do lar, com companheiro cortador de cana, 9 anos de escolaridade, renda mensal de 1 salário mínimo, gesta 1, Data da Última Menstruação (DUM): 05/12/2008. Realizou 6 consultas de pré-natal em rede pública, suspeita de corioamnionite, não foi considerada gestante de risco. Em 27/07/2009, com 33 semanas de gestação, deu entrada no hospital de referência com dor em baixo ventre, início de sangramento sem perda de líquido vaginal, sem queixas urinárias, 3-4 cm de dilatação em uso de Bricanil na tentativa de retardar o trabalho de parto prematuro, realizado corticóide, evoluiu com dilatação total e parto vaginal. RN 2050g, apgar 8/10. Encaminhado para UTI neo, evolui para desconforto respiratório, CPAP por 3 dias, enterocolite + laparotomia, realizado cirurgias devido a perfuração de íleo. No 18º dia, permaneceu entubado, com piora clínica, distensão abdominal, baixa saturação de oxigênio, seps e óbito.”*

Esta análise mostra a baixa idade materna que é um fator de risco gestacional, a baixa renda que acarreta em obstáculos para construção de uma sólida base familiar.

Análise 2: *“Mãe 40 anos, solteira, 3-4 anos de escolaridade, catadora de papel, gesta 4, 2 natimortos, apresentava lordose e escoliose, fazia uso de ciclo 21, mas não corretamente, tabagista, hipertensa, problemas neurológicos não investigados(SIC). Realizou 3 consultas de pré-natal. Com 28 semanas de gestação, parto cesárea por DPP+ diástase. RN 1075g, apgar 1/0/0, entubado em sala de parto, realizado manobras de reanimação, drogas vasoativas, transferido para UTI neo, apresentou pneumotórax à E, feito punção de alívio, mantendo as manobras evoluiu a óbito com 52 minutos de vida.”*

Demonstrando assim, o outro extremo da idade. A profissão exige grande esforço físico por períodos muitos longos, não ideal para a gestação e possui baixa remuneração. A falta de uma adequada educação em saúde, teve como consequência o uso incorreto do medicamento anticoncepcional e pouco comparecimento em consultas de pré-natal.

Análise 3: *“Mãe 16 anos, 4-7 anos de escolaridade, do lar, mora com os pais, renda familiar de 3 salários mínimos, não realizou pré-natal, relata que não sabia que estava grávida, porque continuava menstruando porém com fluxo diminuído. Em 27/03/2009 estava no colégio quando sentiu fortes dores, ao voltar para casa no ônibus, sentiu a bolsa romper mas não imaginou que estivesse em trabalho de parto, ao chegar em casa contou para mãe, foi tomar banho onde o bebê nasceu, estava com circular de cordão, afrouxaram o mesmo e seguiram para o hospital. RN 1110g, apgar ignorado, criança permaneceu em MEG até o óbito”*

Nesta análise, foi possível encontrar deficiência atenuante tanto na educação em saúde quanto a nível social.

## **Conclusões**

O trabalho no CRPMI permite analisar e compreender as histórias de vida da gestante, colaborando assim para direcionar ações aos municípios de abrangência, que visem a redução dos óbitos infantis. Deparar com diferentes realidades, permite que o acadêmico amplie sua visão sobre o contexto social em que está inserido, corroborando para a formação do profissional de saúde mais humanizado.

Os resultados das análises dos óbitos infantis apontam para a necessidade de melhorias na atenção primária, principalmente voltada à consulta e acompanhamento pré-natal, uma vez que demonstrou que esses óbitos em sua maioria são evitáveis.

## **Referências**

1. Nascimento LFC; Batista GT, Dias NW, Catelani CS, Becker D, Rodrigues L. Análise espacial da mortalidade neonatal no Vale do Paraíba, 1999 a 2001. Rev Saúde Pública 2007; 41 (1): 94-100.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília, 2004.
3. Mathias TAF, Uchimura TT, Assunção AN, Predebon, KM. Atividades de extensão universitária em comitê de prevenção de mortalidade infantil e estatística de saúde. Rev. Bras. Enferm. Brasília, 2009, mar./-abr; 62(2): 305-11.
4. Calvasina PG, et al. Fraqueza de nascença: sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil do Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):371-380, fev, 2007.
5. Vianna RCXF; Moro C. Análise da Situação da Mortalidade Infantil no Estado do Paraná, Brazil em 2004, baseado no Sistema de Investigação da Mortalidade Infantil (SIMI). Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP\\_Arquivos/comite\\_mort\\_mat\\_infant/infantil/1a\\_nalise\\_da\\_situacao\\_da\\_mortalidade\\_infantil\\_no\\_pr\\_em2.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/infantil/1a_nalise_da_situacao_da_mortalidade_infantil_no_pr_em2.pdf). Acesso em: 08/05/2010 às 10:52.