

III SEMINÁRIO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO – Secretaria de Saúde de Santa Catarina

Desafios para a Redução da Mortalidade Perinatal no Brasil e alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

Sônia Lansky – sonialansky@gmail.com

maio 2025

Mortalidade Perinatal no Brasil

Óbitos fetais \geq 22 semanas ou 500 g + Óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias) – CID 10

- Eventos devastadores e trágicos, na maioria evitáveis
- Mortes fetais - *mortes em silêncio, sofrimento em silêncio, invisibilizadas, negligenciadas*
- Número semelhante à mortalidade infantil: 32.257 fetais - 27394 infantis, 7650 neoprecoce
- Marcador sensível da qualidade e equidade do cuidado
 - Gestação e no parto
 - Organização do Sistema de Saúde
 - Metas dos ODS: redução da mortalidade neonatal, materna, na infância;
da pobreza, equidade e acesso à saúde
- Disparidades sociais e iniquidades estruturais como o racismo e iniquidades de oportunidades:
2 vezes > o risco de óbito fetal em países ricos - efeito provavelmente ainda maior em países pobres

The Lancet Stillbirth , 2011

The Lancet Every Newborn Series, 2014

Every Newborn Plan Action, 2014

Flenady et al., 2016

Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030 – WHO, 2016

Stillbirth is an enormous, yet overlooked tragedy



Nearly
2 MILLION BABIES
are stillborn every year



That's more than
5,000 WOMEN
and families
suffering a tragic
loss every day



World Health
Organization



United
Nations

unicef



WORLD BANK GROUP

Without urgent
action, more than
19 MILLION BABIES
will be stillborn in the
next decade



Eliminating preventable
stillbirths requires:



increasing
awareness



quality care during
pregnancy and childbirth



supporting bereaved
women and families



measuring
every stillbirth



World Health
Organization



United
Nations

unicef



WORLD BANK GROUP

UPDATES



Changes in stillbirths and child and youth mortality during the Covid-19 pandemic

NEW YORK, 15 April 2024 - New UN IGME analysis on changes in stillbirths and child and youth mortality in 2020 and 2021 during the Covid-19 pandemic published in the [International Journal of Epidemiology](#).



UN IGME: Global child deaths reach historic low in 2022

NEW YORK, 13 March 2024 - UN IGME releases 2023 round of child and youth mortality estimates up to year 2022. Explore the [latest estimates](#) and read the [2023 UN IGME report](#) and [Lancet comment](#).

MOST RECENT STILLBIRTH, CHILD AND ADOLESCENT MORTALITY ESTIMATES

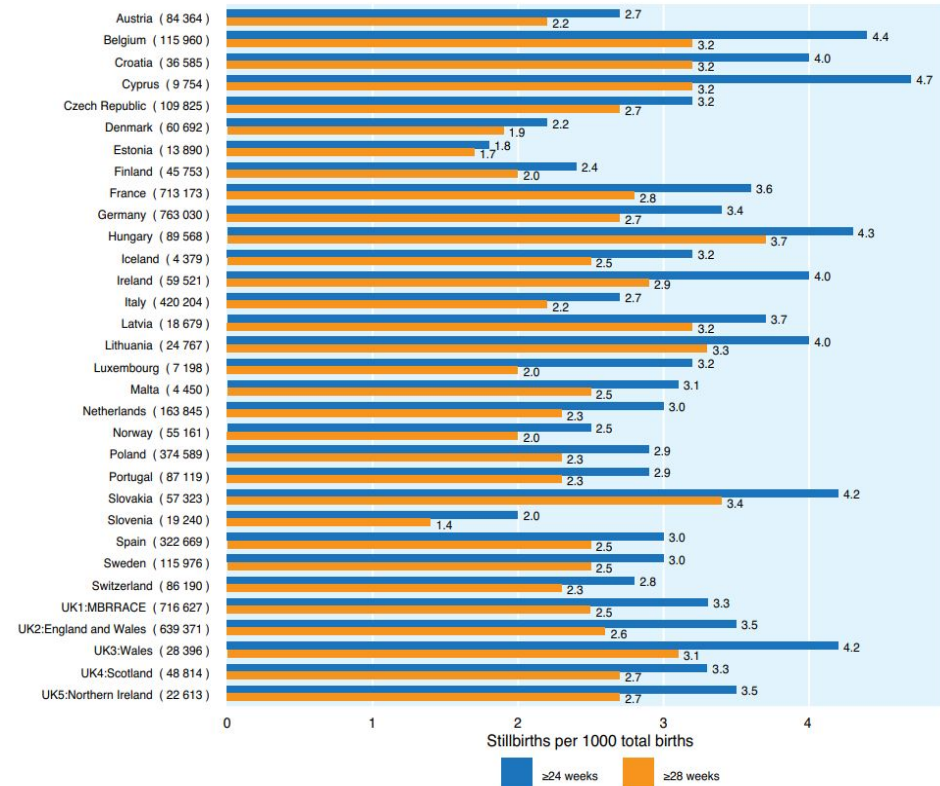
Select indicator: Stillbirth rate | Select country: Select a country



Note: This map does not reflect a position by UN IGME agencies on the legal status of any country or territory or the delimitation of any frontiers.

Mortalidade fetal no mundo

Figure C1.1: Stillbirths rates at or after 24 and 28 weeks of gestation per 1000 stillbirths and live births in Europe in 2019



UPDATES



Changes in stillbirths and child and youth mortality during the Covid-19 pandemic

NEW YORK, 15 April 2024 : New UN IGME analysis on changes in stillbirths and child and youth mortality in 2020 and 2021 during the Covid-19 pandemic published in the [International Journal of Epidemiology](#).



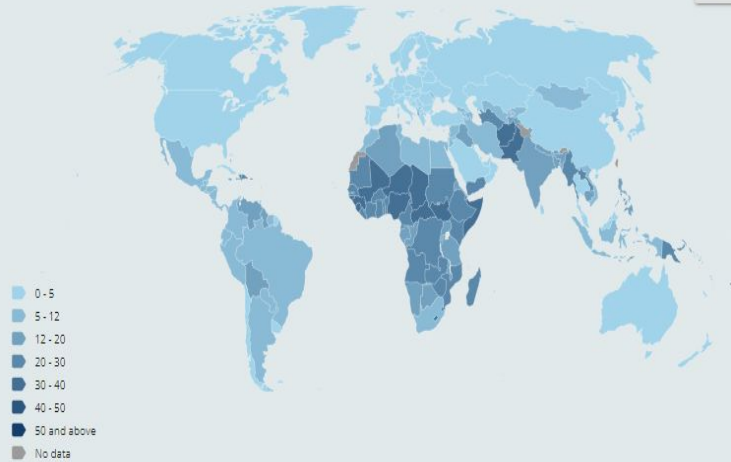
UN IGME: Global child deaths reach historic low in 2022

NEW YORK, 13 March 2024 - UN IGME releases 2023 round of child and youth mortality estimates up to

MOST RECENT STILLBIRTH, CHILD AND ADOLESCENT MORTALITY ESTIMATES

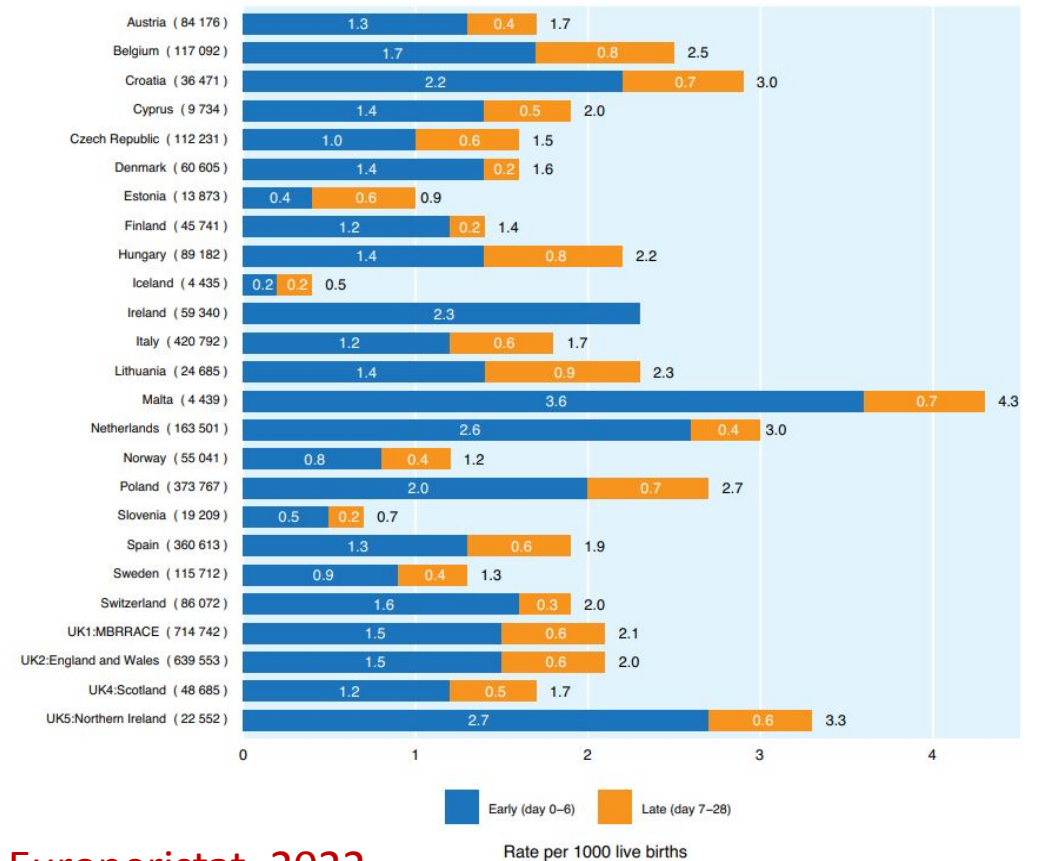
Select indicator: Neonatal mortality rate
 Select country: Select a country

Reset zoom

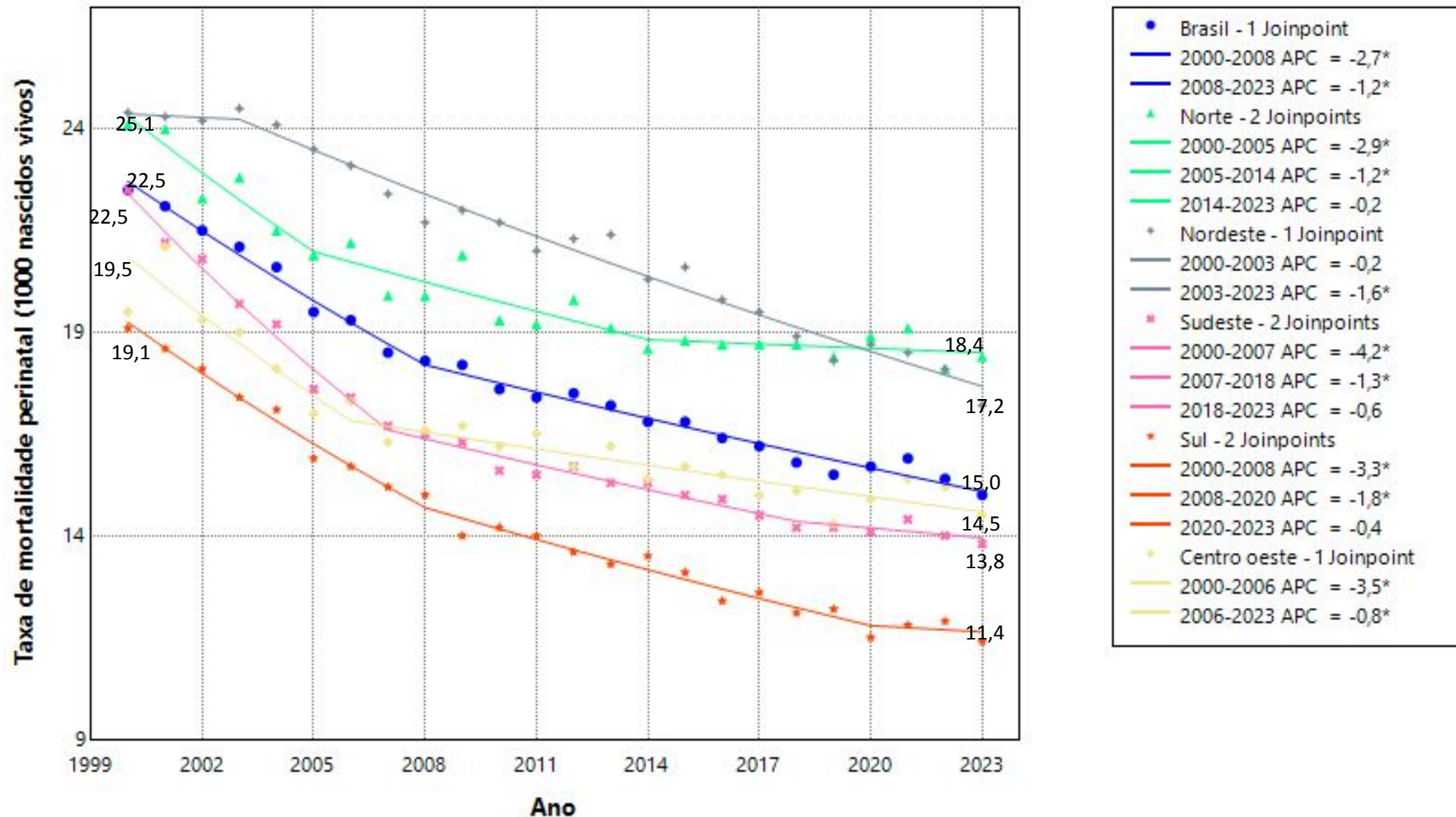


Mortalidade neonatal mundo

Figure C2.1: Early and late neonatal mortality rates at or after 22 weeks of gestation per 1000 live births in Europe in 2019

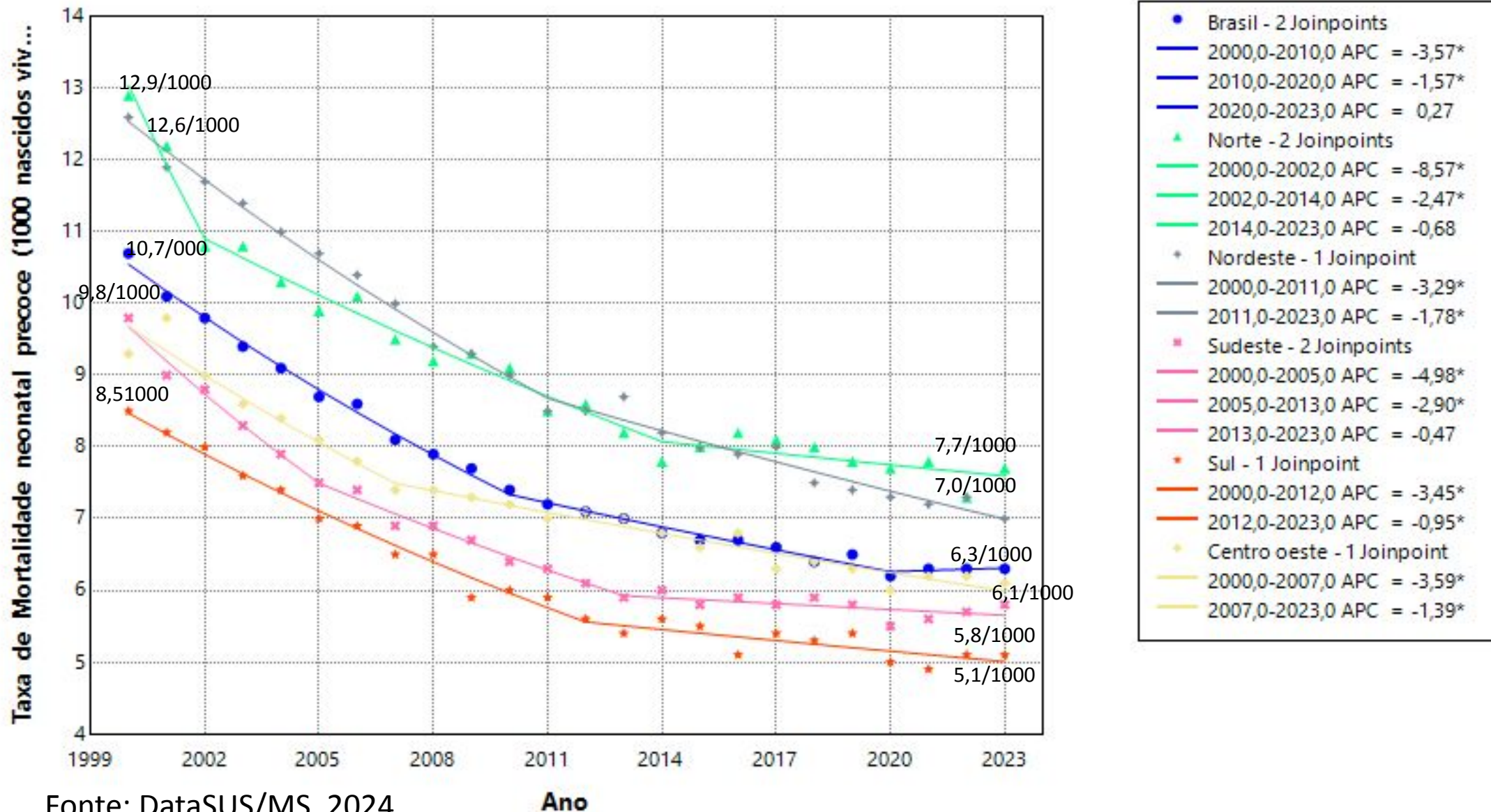


Taxa de mortalidade perinatal (1000 nascidos vivos), Brasil e regiões, 2000 a 2023



Fonte: DataSUS/MS, 2024

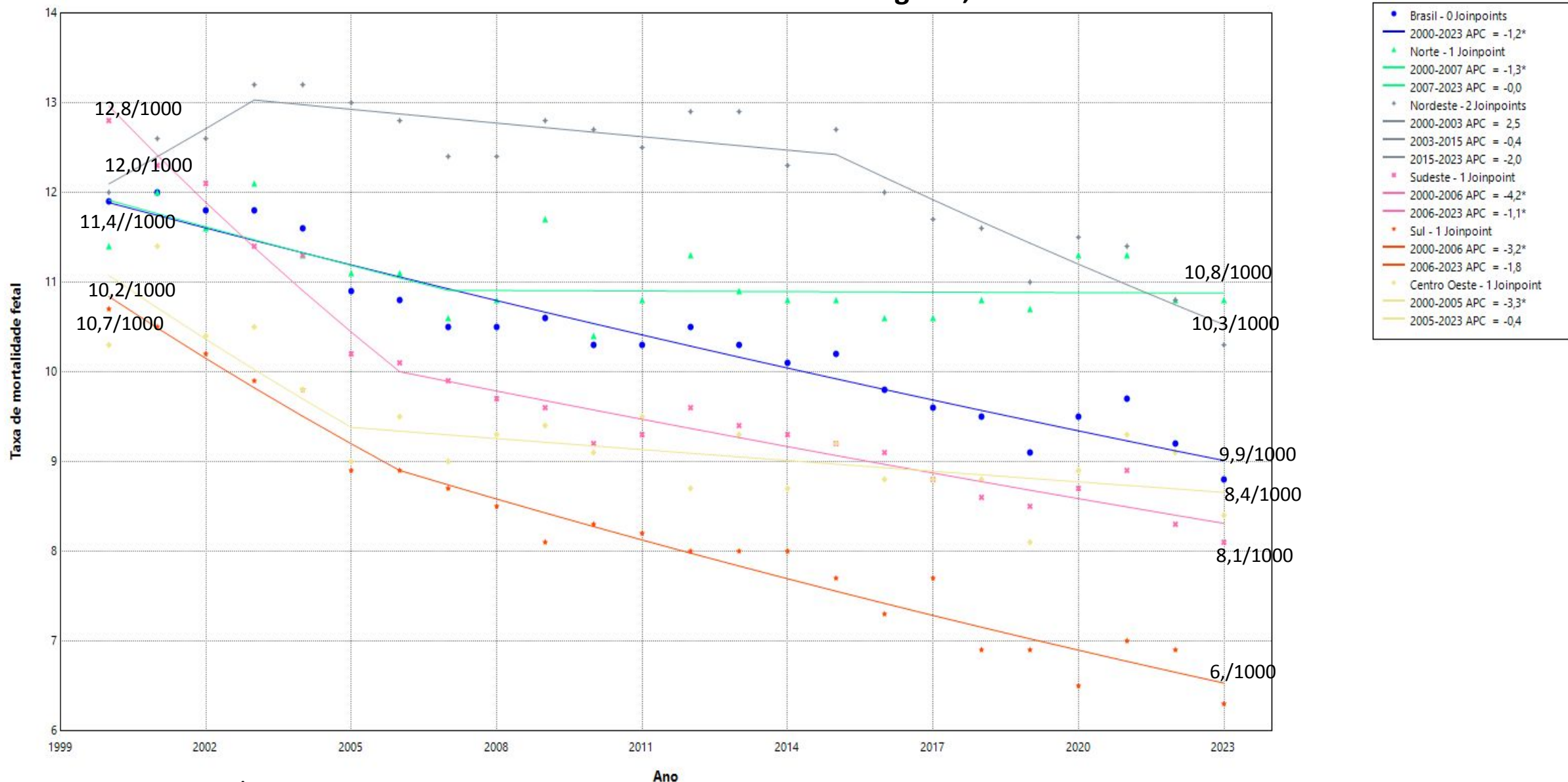
Taxa de Mortalidade neonatal precoce (1000 nascidos vivos), Brasil e regiões, 2000 a 2023



Fonte: DataSUS/MS, 2024

Meta TM neonatal - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável - ODS
 Brasil= 5/1000 em 2030

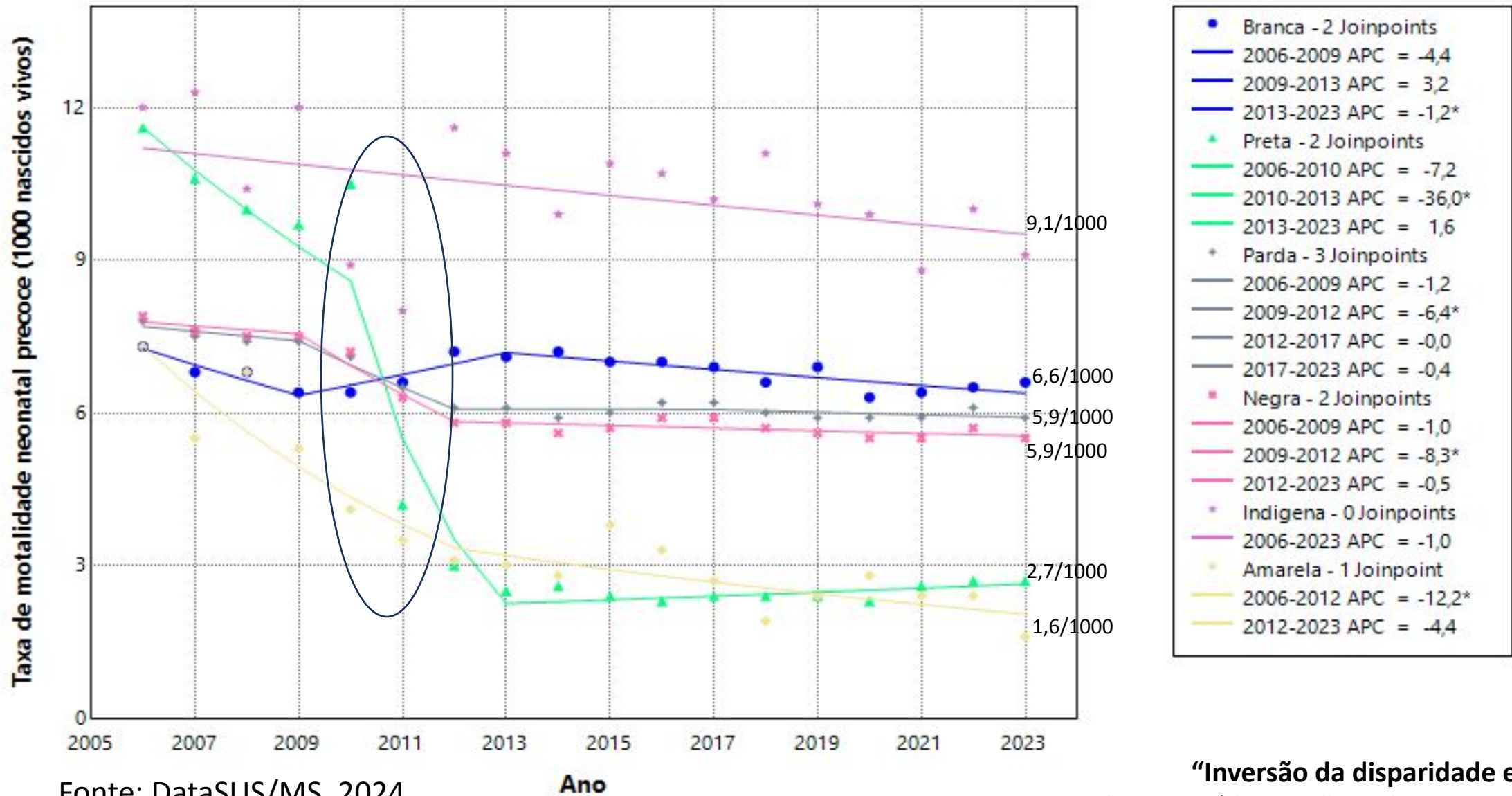
Taxa de mortalidade fetal. Brasil e regiões, 2000 a 2023



Fonte: DataSUS/MS, 2024

ODS = 5/1000 em 2030

Taxa de mortalidade neonatal precoce (1000 nascidos vivos) segundo raça/cor, Brasil, 2006 a 2023



Fonte: DataSUS/MS, 2024

Diniz et al, 2016. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.561-572

Lansky & Friche, 2022 e 2024 Relatório ODS Belo Horizonte, 2022 e 2024

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Prematuridade, 2024

Obs- Mudança registro raça/cor RN para raça/cor mãe em 2011
 Mortalidade fetal não tem raça/cor disponível!

Objetivo

3

Selecione o Indicador

- Pesquisar
- O01-I06 - Proporção de pessoas em pobreza pré-transfe...
 - O01-I07 - Proporção de pessoas em pobreza pós-transfe...
 - O01-I08 - Proporção da população vivendo em áreas de ...
 - O01-I09 - Percentual de cobertura de CRAS em território...
 - O02-I01a - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que conso...
 - O02-I03 - Percentual de crianças (0 a 5 anos) em situaçã...
 - O02-I04 - Percentual de crianças (0 a 5 anos) em situaçã...
 - O03-I01 - Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil na...
 - O03-I02 - Proporção de parto normal no SUS e na saúde...
 - O03-I03 - Proporção de gestantes que fizeram 7 ou mais...
 - O03-I04 - Taxa de mortalidade na infância - menores de ...
 - O03-I04b - Taxa de mortalidade na infância por causas e...
 - O03-I05 - Taxa de mortalidade infantil - menores de um ...
 - O03-I05b - Taxa de Mortalidade Infantil por causas evitáv...
 - O03-I06 - Taxa de mortalidade neonatal - até 27 dias (po...
 - O03-I07 - Número de novas infecções por HIV (por 100 ...
 - O03-I08 - Taxa de incidência de tuberculose (por 100 mil ...
 - O03-I09 - Percentual de cura de tuberculose (%)

Número de Indicadores Selecionados: **1**

- TIPO DE DESAGREGAÇÃO**
- MUNICÍPIO
 - RAÇA/COR
 - TERRITORIAL - REGIONAL
 - TERRITORIAL - TGC

- ANO**
- 2000
 - 2001
 - 2002
 - 2003
 - 2004
 - 2005
 - 2006
 - 2007
 - 2008
 - 2009
 - 2010
 - 2011
 - 2012
 - 2013
 - 2014
 - 2015
 - 2016
 - 2017
 - 2018
 - 2019
 - 2020
 - 2021
 - 2022

Taxa de mortalidade neonatal - até 27 dias (por mil nascidos vivos)



- TIPO CATEGORIA**
- MUNICÍPIO
 - RAÇA/COR
 - TERRITORIAL - REGIONAL
 - TERRITORIAL - TGC

Categoria
 Todos

VALOR MÉDIO POR REGIONAL

para o(s) ano(s) selecionado(s)

CATEGORIA	Média de VALOR
Barreiro	7,23
Centro-Sul	7,77
Leste	8,36
Nordeste	8,22
Noroeste	7,10
Norte	7,82
Oeste	7,77
Pampulha	6,95
Venda Nova	7,45

VALOR MÉDIO POR TGC

para o(s) ano(s) selecionado(s)



Meta ODS:

3.2

Fonte:

SIM/MS; SMSA/PBH

Observação:

Dados do último ano são preliminares, sujeitos a revisão. No período 2001 a 2010 considerava-se a raça/cor do recém-nascido (RN) na Declaração de Nascidos Vivos (DNV); a partir de 2011 passou a considerar a raça/cor da mãe. Assim, o ano de 2011, por ser o período de transição, apresenta resultados por raça/cor

>> Visualizar Tabela de Dados

INFORMAÇÕES

Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce - 6,3/1000 - Brasil, 2022

- 50% da Taxa de Mortalidade Infantil (< 1 ano de vida) - 12,6/1000 em 2022
- 72,4% da Taxa de Mortalidade Neonatal (0 a 27 dias de vida) - 8,7/1000 em 2022
- Mortes < 24 horas: 28,0% da mortalidade infantil; 35,5% da neonatal; 47,0% da neoprecoce
- 63,3% ≥ 1000 g
- 37,0% ≥ 1500 g
- 24,1% ≥ 2500 g
- 16,0% ≥ 2500 g em < 24 horas

Causas principais - Classificação de França & Lansky, 2009 -RIPSA

- Fatores maternos : hipertensão, hemorragia e infecção - 22,0% + Prematuridade - 18,0%*
- Anomalias Congênicas - 20,4%
- Asfixia/hipóxia - 15,4%
- Infecções - 9,4%

Evitabilidade

- 74,9% evitáveis segundo a Lista Brasileira de Evitabilidade
- 20,0% ≥ 2500 g sem Anomalia Congênita: Asfixia/hipóxia durante trabalho de parto

Taxa de Mortalidade Fetal - 9,9/1000 - Brasil, 2022

- 92% anteparto; 4,1% intraparto*
- 70% \geq 1000 g
- 50,6% \geq 1500 g
- 25,7% \geq 2500 g

Causas principais - Classificação de França & Lansky, 2009 - Ripsa

- 36,4% - Fatores maternos - hipertensão, hemorragia, infecções maternas
- 29,3% - Asfixia/hipóxia
- 6,9% - Anomalia congênita
- 1,9% - Infecções transmissão vertical

Evitabilidade

- 70,5% evitáveis segundo Lista Brasileira de Evitabilidade adaptada para mortalidade fetal
- 30,0% \geq 2500 - Evitáveis por Adequada Atenção ao Parto - Lista Brasileira de Evitabilidade

* Viés de registro: anteparto X antes da internação

Desafios para a Redução da Mortalidade Perinatal no Brasil

Determinação social e da assistência de saúde – marcadores selecionados

- **Fatores socioeconômicos e demográficos:** escolaridade e idade materna, cor da pele
- **Condições de nascimento**
 - Baixo peso ao nascer (< **2500 g**) e muito baixo peso ao nascer (<**1500 g**)
 - Prematuridade < **37 s** e prematuridade extrema <32 semanas
 - Termo precoce **37 e 38 semanas**
 - Asfixia ao nascer - **Apgar < de 7 no 5º minuto de vida**
- **Fatores assistenciais**
 - Cobertura Atenção Primária
 - Taxa de abortamento inseguro
 - Pré-natal: início oportuno, número de consultas - lacuna: qualidade da atenção
 - Parto: taxa de cesariana, deslocamento para o parto, nascimento RN <1500 g e <32 semanas em local sem UTI neonatal

Painel de Vigilância da Saúde Materna

A morte materna – morte de uma mulher durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da gestação – não é um evento isolado. Ela é o resultado de uma série de determinantes sociais em saúde que atuam durante a vida de uma mulher.

Neste painel, você encontrará um conjunto de indicadores que expressam a vulnerabilidade das mulheres ao óbito materno, seja por suas condições socioeconômicas, seja pela atenção à saúde recebida ao longo da sua vida reprodutiva. Os indicadores estão disponíveis para municípios, estados, regiões de saúde e país e foram calculados a partir de vários sistemas de informação brasileiros (SINASC, SIM, SINAN, SIH, SIAB, ANS e estimativas populacionais). O painel contém indicadores para o período 2012 a 2022 e será atualizado anualmente.

Os indicadores têm fácil visualização e podem ser explorados pelos gestores de saúde para identificar áreas prioritárias para investimento em seu município/estado. Para auxiliar na interpretação dos indicadores, são apresentados valores de referência, que podem ser metas nacionais ou internacionais, recomendações da Organização Mundial da Saúde, valores observados em países desenvolvidos ou a média nacional.

Em seu menu lateral, o painel está organizado em três níveis:

- 1. Resumo dos blocos de indicadores:** nesse nível, são mostrados todos os indicadores, de todos os blocos, em uma única tela, para o ano e região geográfica selecionados. Um relatório com o resumo dos indicadores está disponível para impressão;
- 2. Séries históricas:** nesse nível, é mostrada a evolução dos indicadores de cada bloco para a localidade e período de tempo selecionados, sendo possível a comparação entre localidades, situando o município/estado/região no cenário nacional;
- 3. Visão detalhada dos indicadores:** nesse nível, cada indicador pode ser visualizado individualmente e comparado a outras localidades. Deve-se primeiro selecionar o bloco ao qual o indicador pertence e depois o indicador escolhido. Além das visualizações, a documentação de cada indicador é apresentada de forma resumida: sua definição, a fonte dos dados, o método de cálculo e informações sobre a qualidade da informação são apresentados,

Além disso, ainda no menu lateral, também estão disponíveis:

- 4. Documentação dos indicadores:** nesse menu, disponibilizamos um documento para impressão, contendo a documentação completa de todos os indicadores do painel;
- 5. A história da Aparecida:** nesse menu, disponibilizamos um link para a "História de Aparecida", onde mostramos os indicadores apresentados neste painel em diferentes contextos e em como eles refletem as situações de vulnerabilidade da mulher ao óbito materno, permitindo maior conhecimento sobre a morte materna e seus determinantes.

Para análises adicionais não disponíveis neste painel, acesse o site do Tabnet/DATASUS, disponível em <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.

Realização



Financiadores



Apoio

Permite comparação entre localidades: municípios, municípios com IDH semelhantes, estados, nível nacional e referências: OMS, ODS

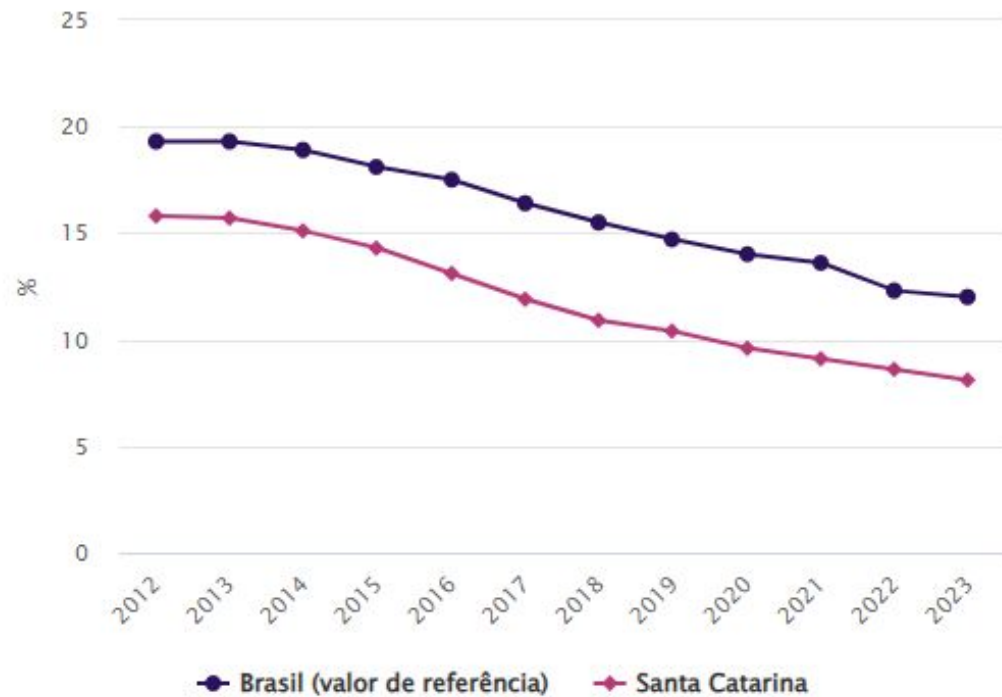
Painel de Vigilância da Saúde Materna

FATORES SOCIO-ECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

Porcentagem de nascidos vivos por faixa etária da mãe

Faixa etária da mãe

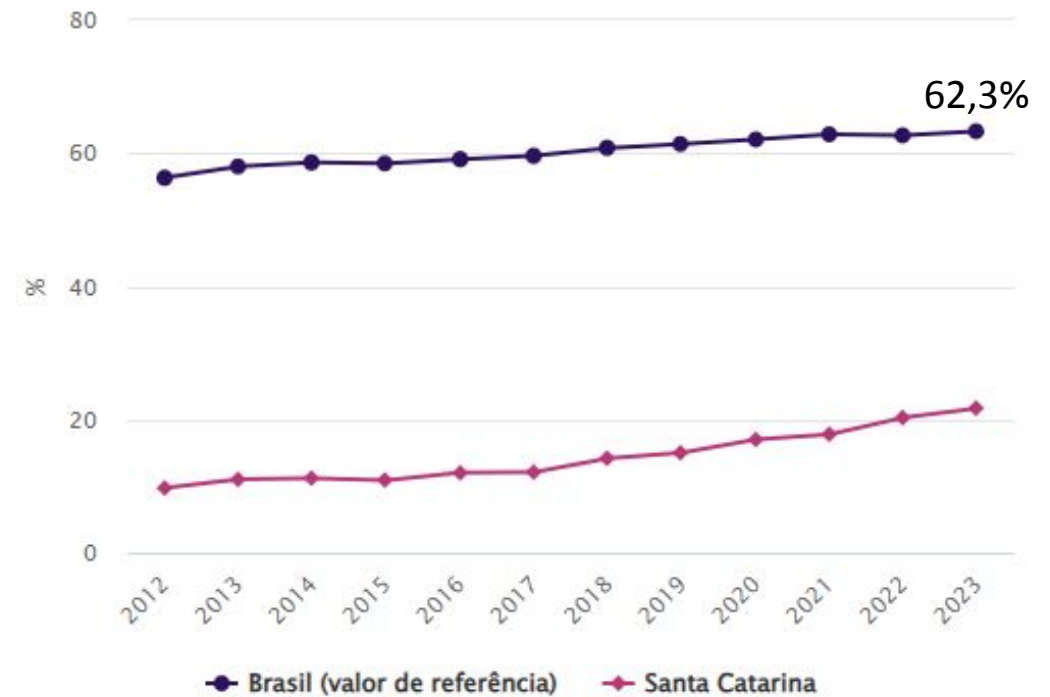
Menor que 20 anos



Porcentagem de nascidos vivos por raça/cor da mãe

Raça/cor da mãe

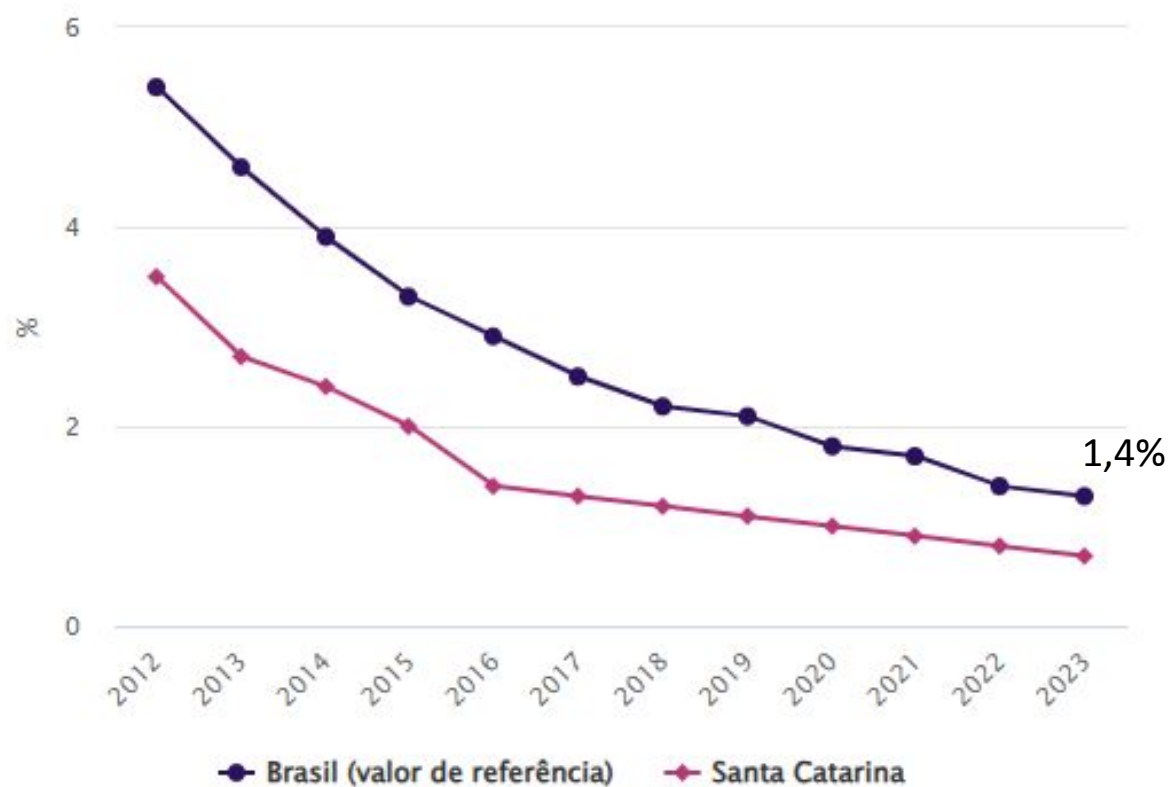
Negra (pardas e pretas)



Porcentagem de nascidos vivos por escolaridade da mãe

Escolaridade da mãe

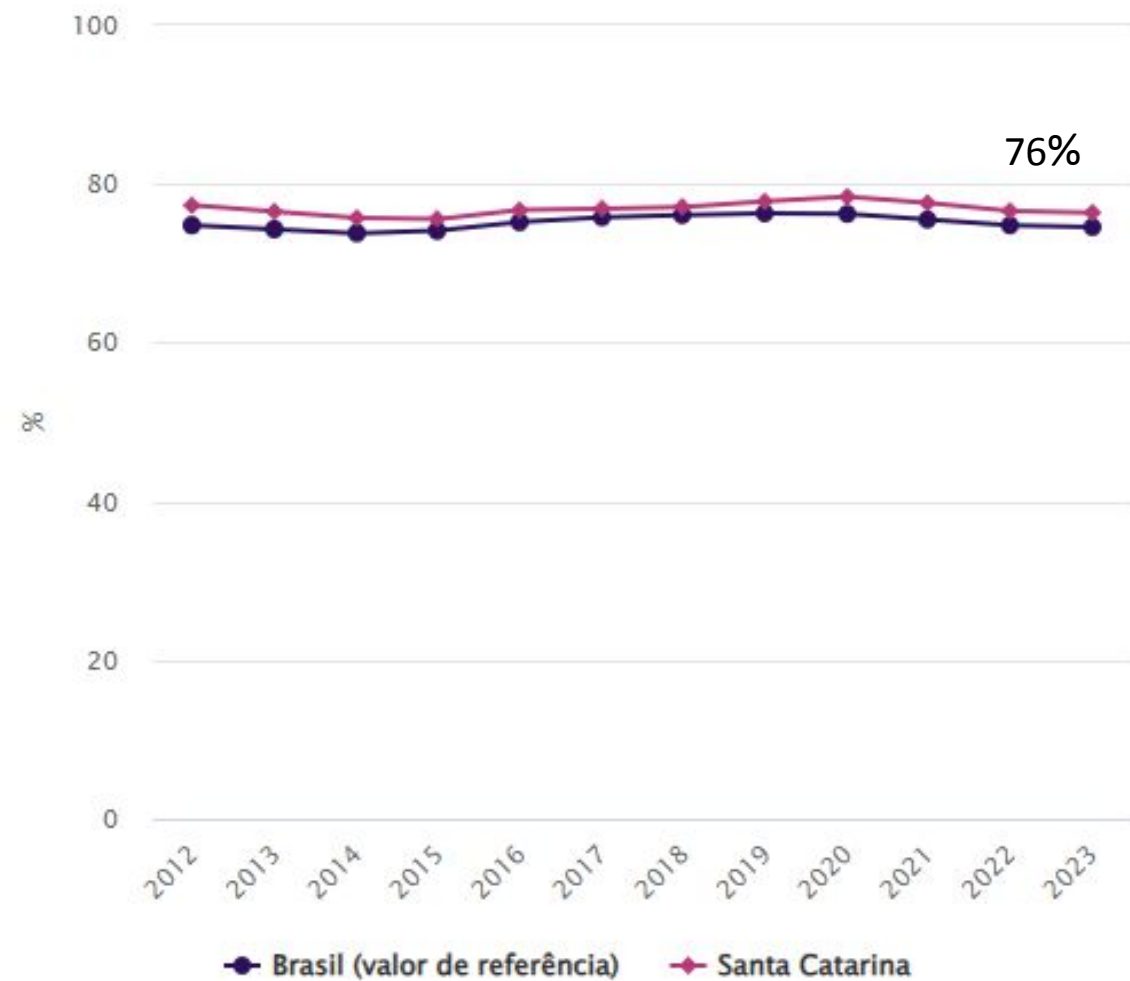
Até 3 anos de estudo



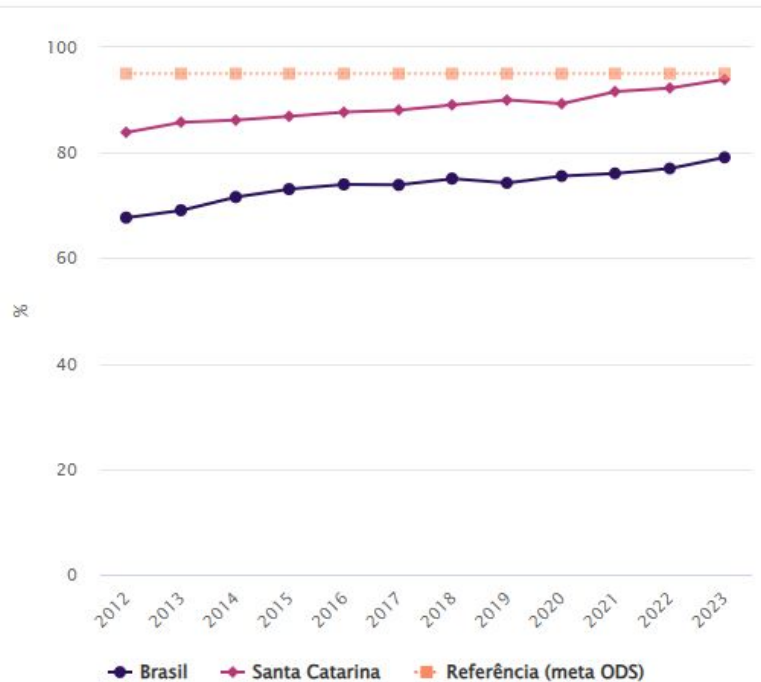
4 a 7 anos= 10,9%

< 8 anos = 12,0%

Porcentagem de mulheres de 10 a 49 anos usuárias exclusivas do SUS



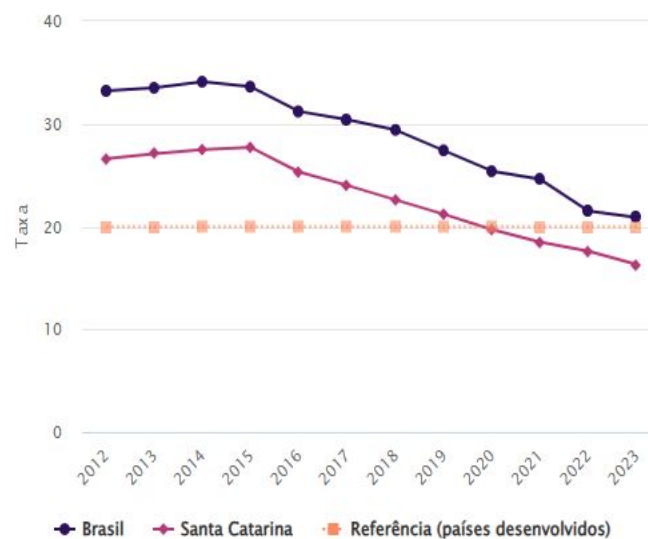
Cobertura populacional da atenção básica



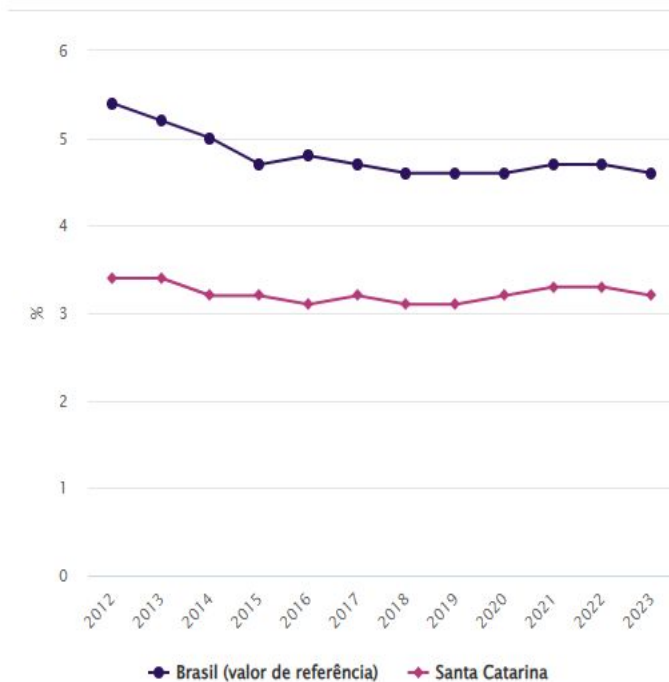
Taxa específica de fecundidade de mulheres com menos de 20 anos de idade (por mil)

Faixa etária

Menos de 20 anos



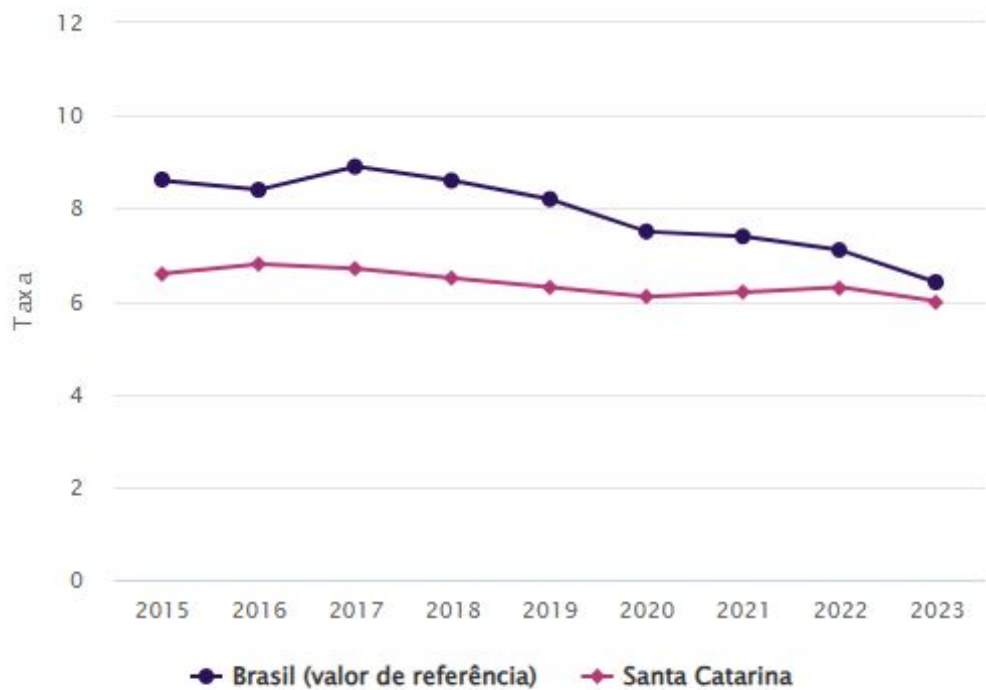
Porcentagem de mulheres com mais de 3 partos anteriores



Taxa de abortos inseguros por mil mulheres em idade fértil

Grupo de mulheres

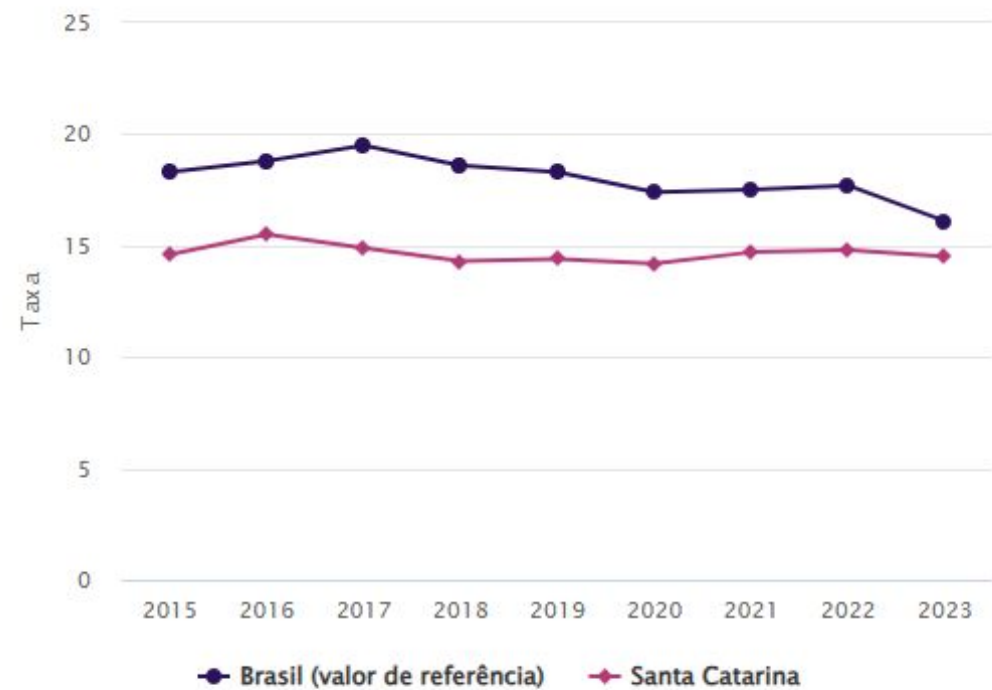
Todas



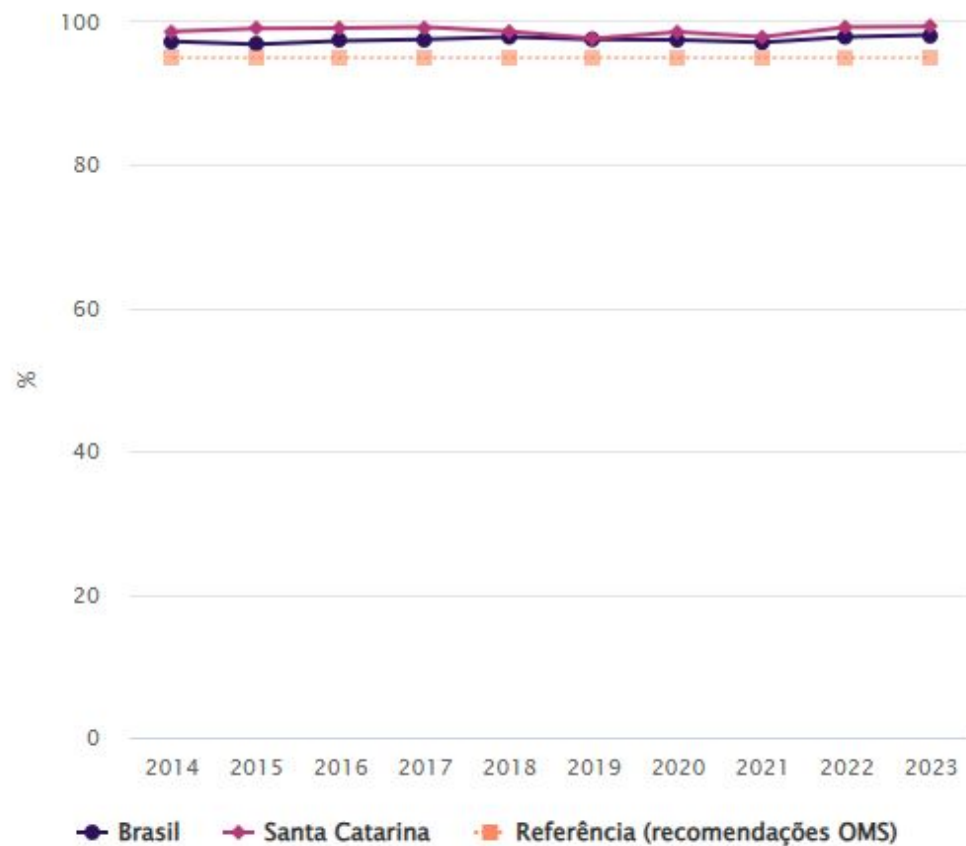
Razão de abortos inseguros por 100 nascidos vivos

Grupo de mulheres

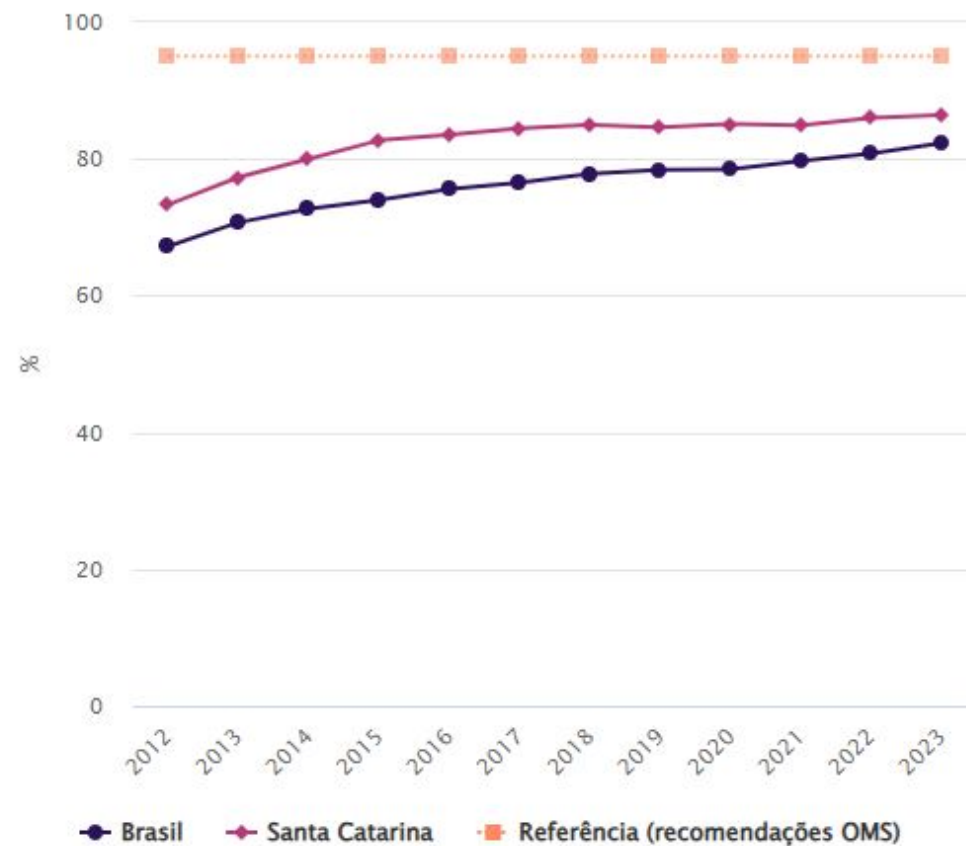
Todas



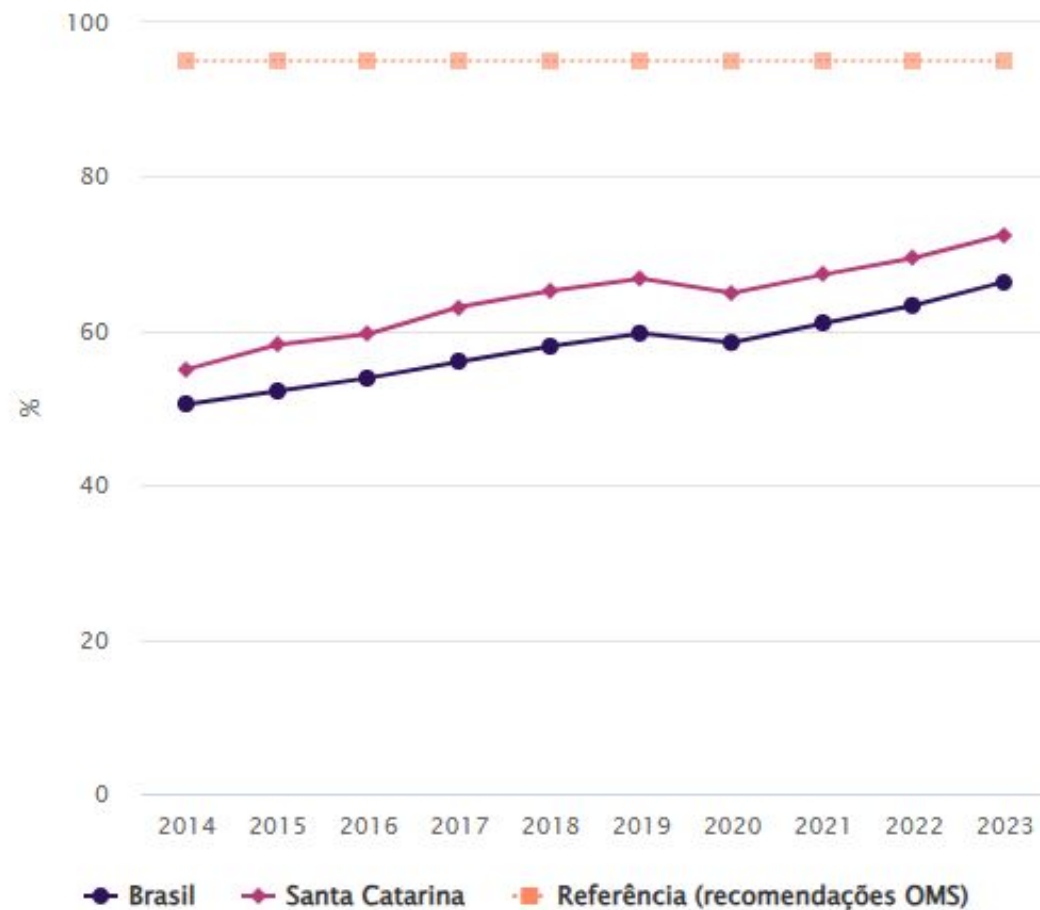
Cobertura de assistência pré-natal



Porcentagem de mulheres com início do pré-natal até 12 semanas de gestação



Porcentagem de mulheres com oito ou mais consultas de pré-natal

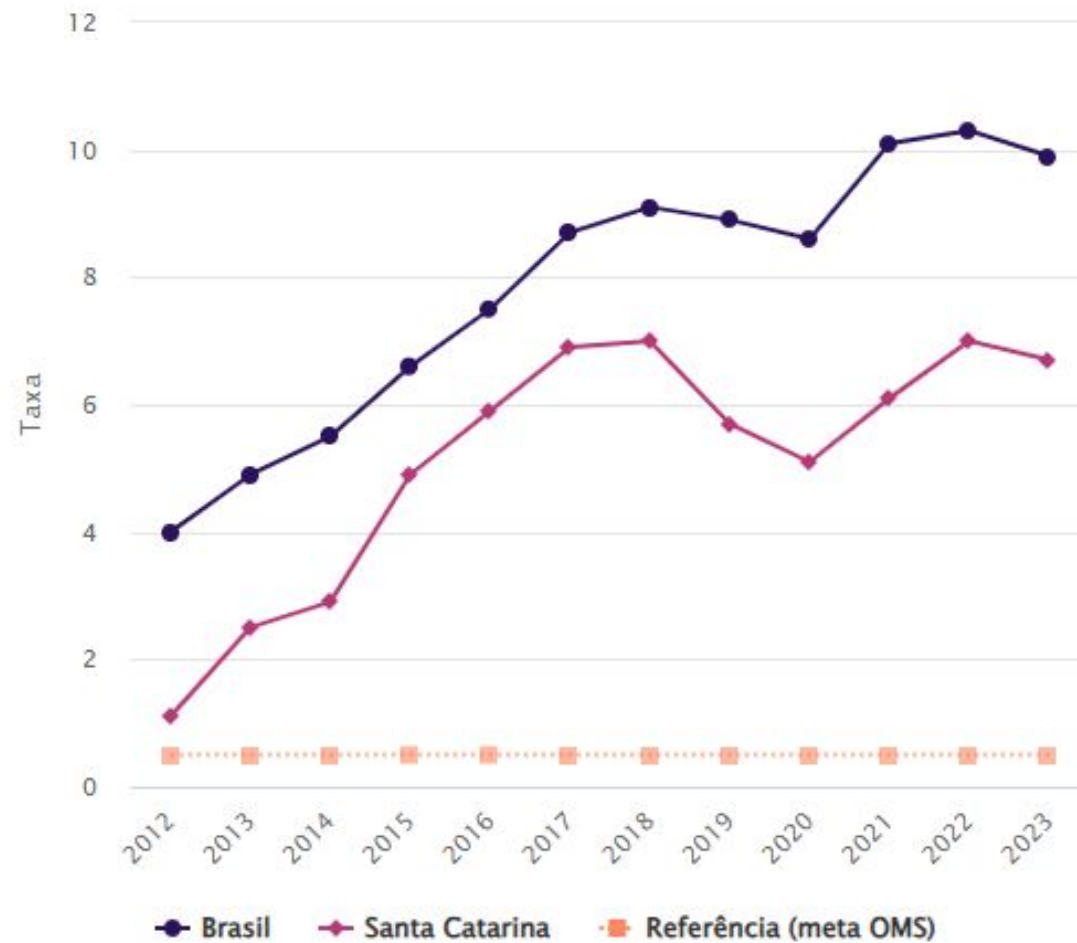


Porcentagem de mulheres com número adequado de consultas de pré-natal para a idade gestacional no parto

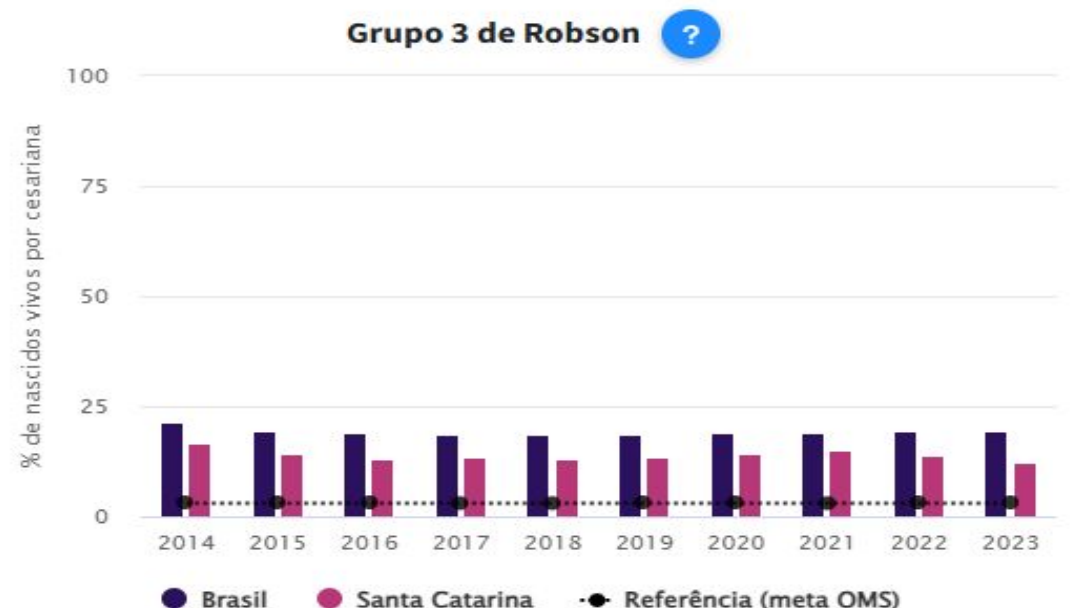
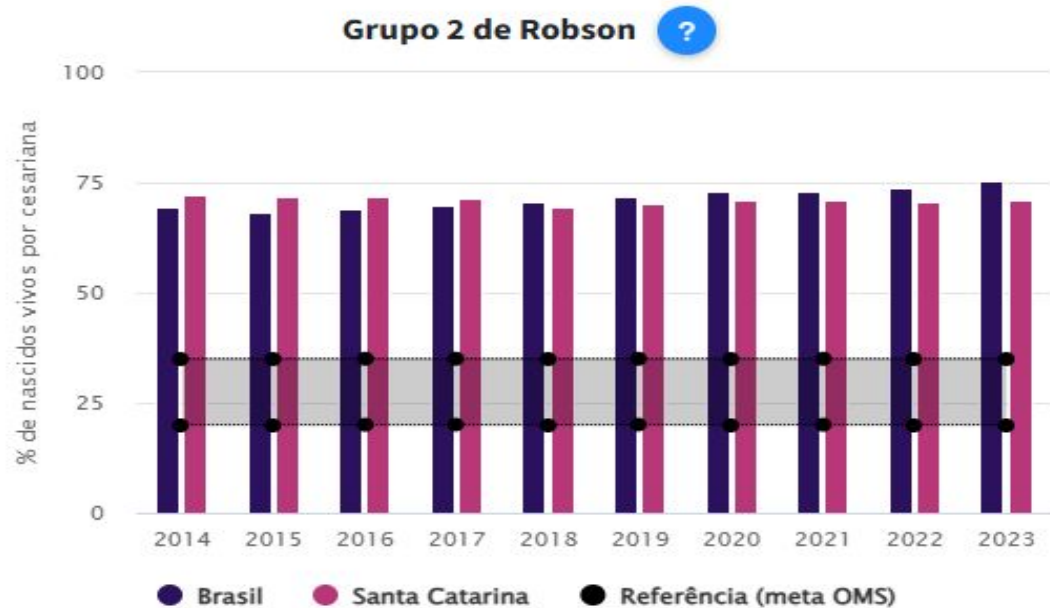
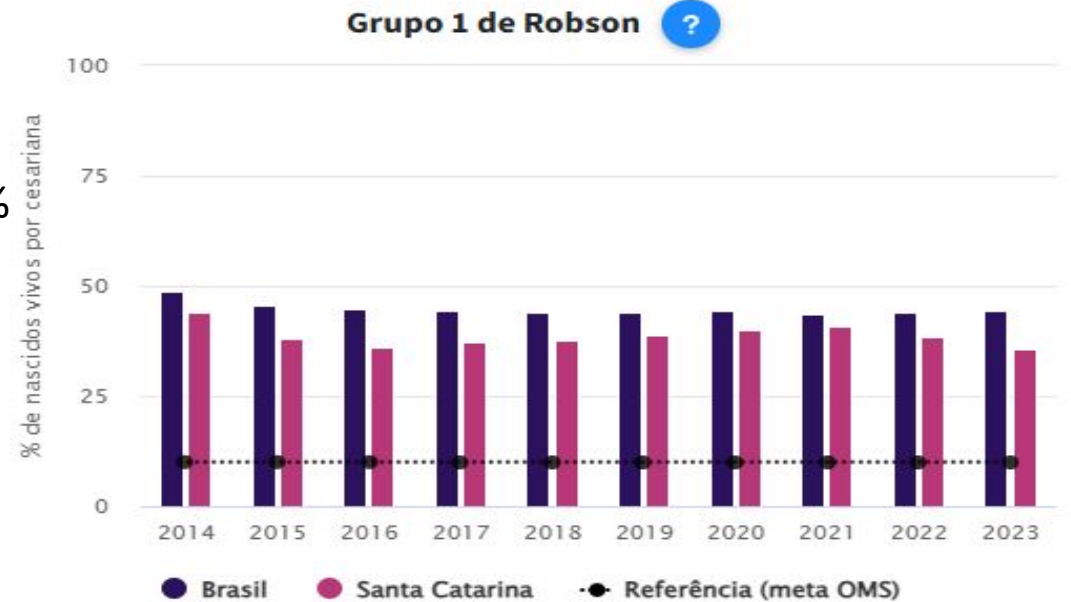
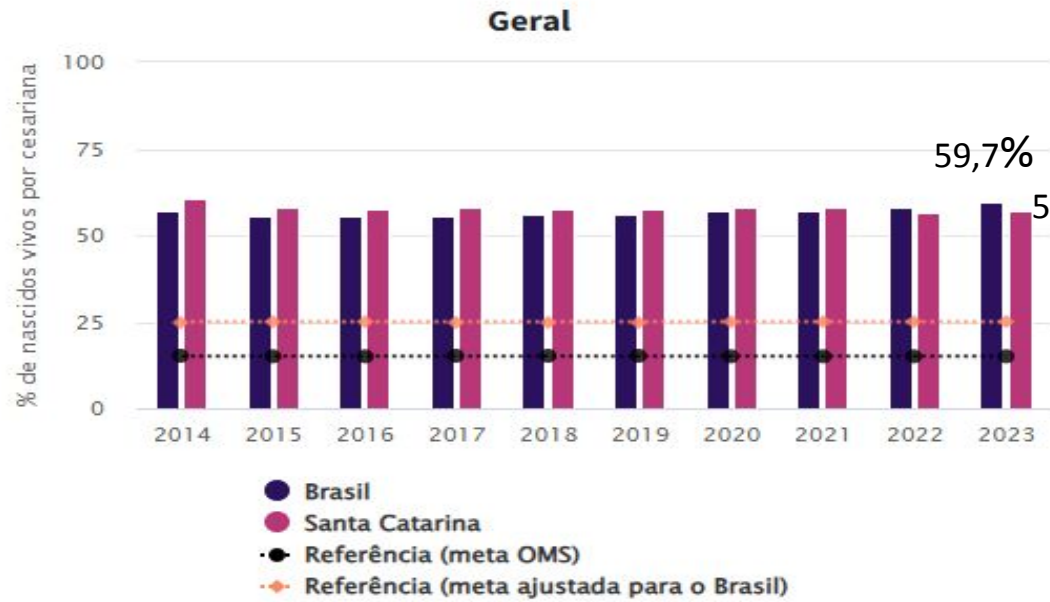


Painel de Vigilância
da Saúde Materna

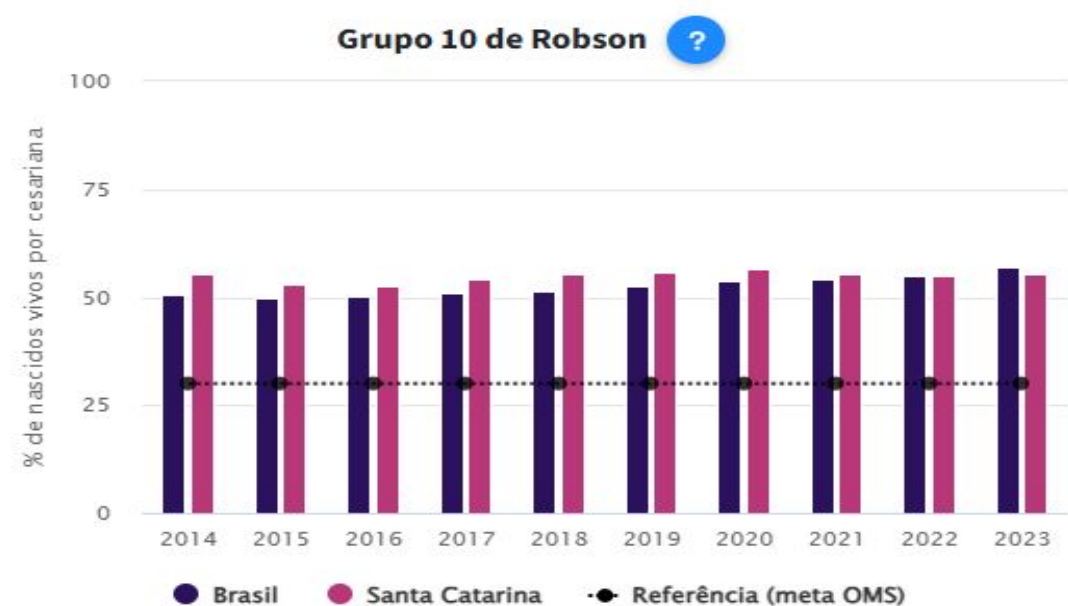
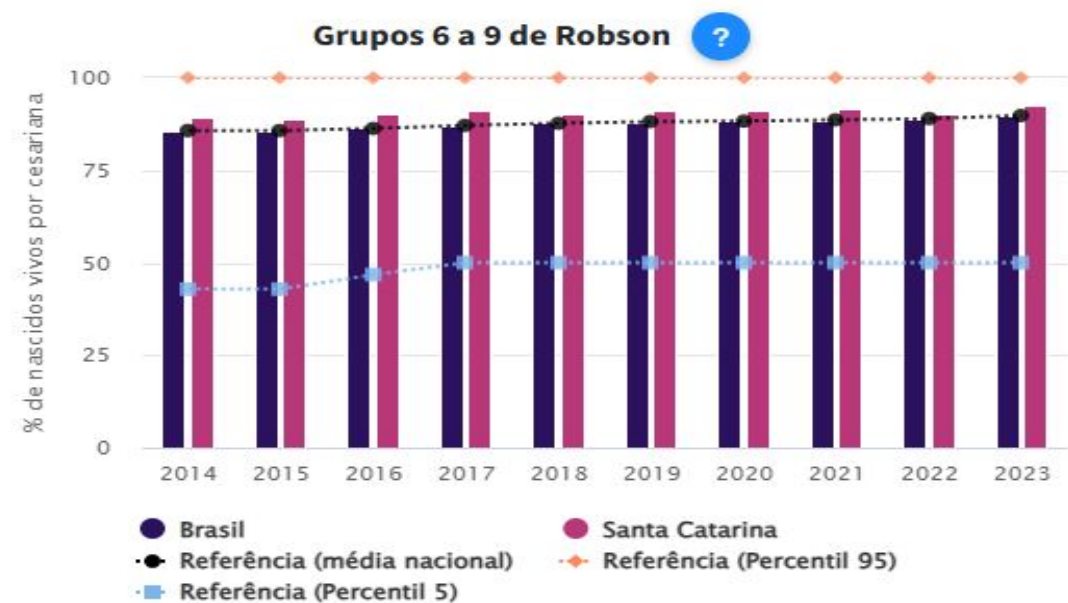
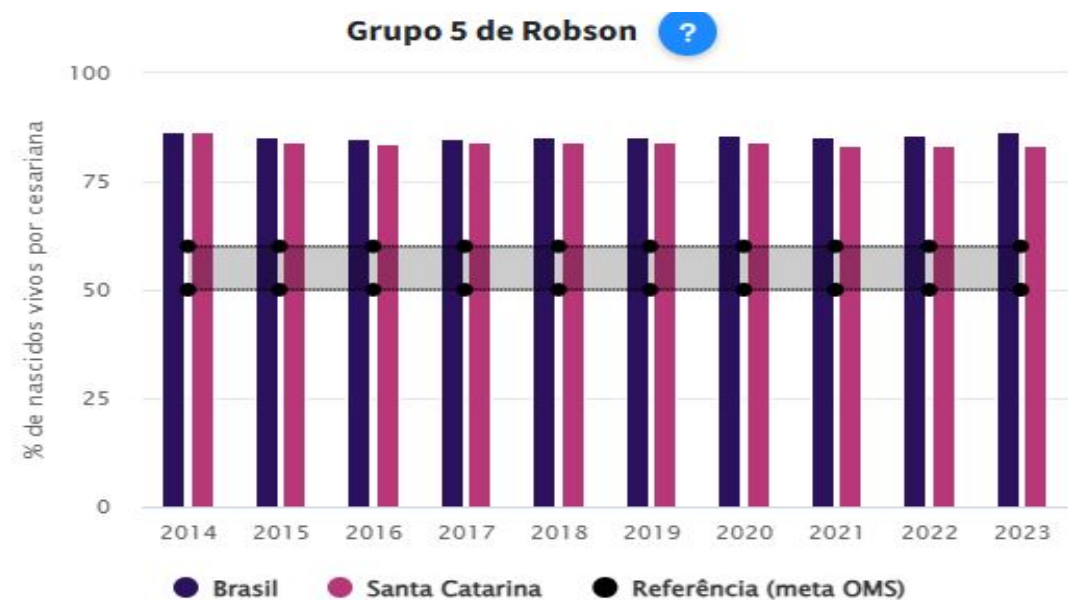
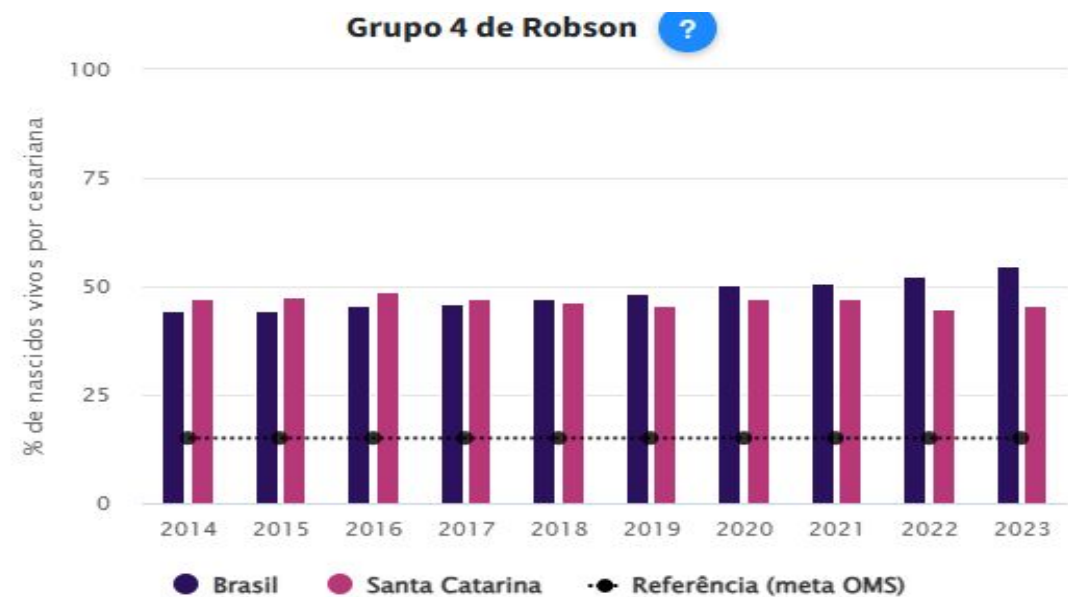
Incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos



Proporção de cesarianas segundo grupos de Robson. Brasil e Santa Catarina, 2012 a 2023

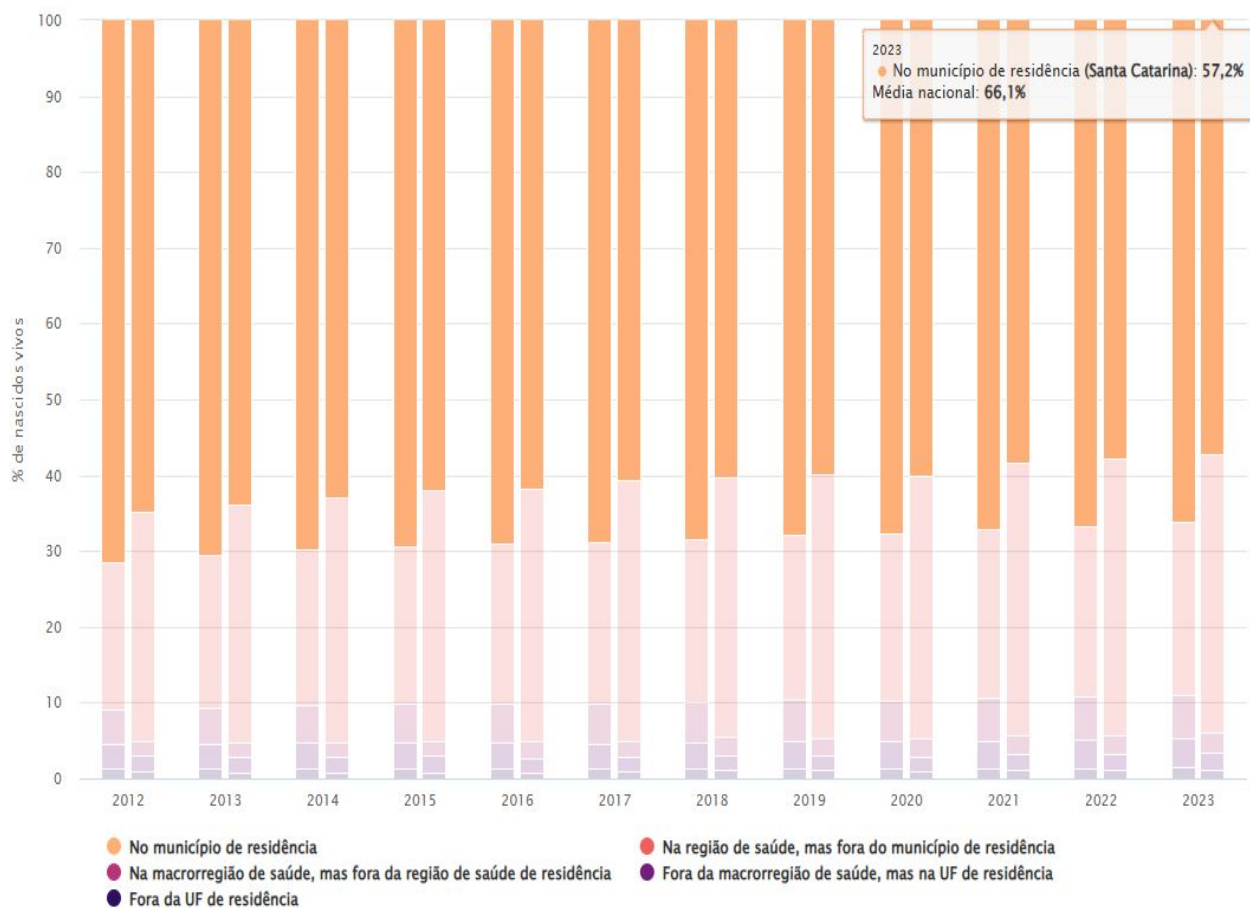


Proporção de cesarianas segundo grupos de Robson. Brasil e Santa Catarina, 2012 a 2023

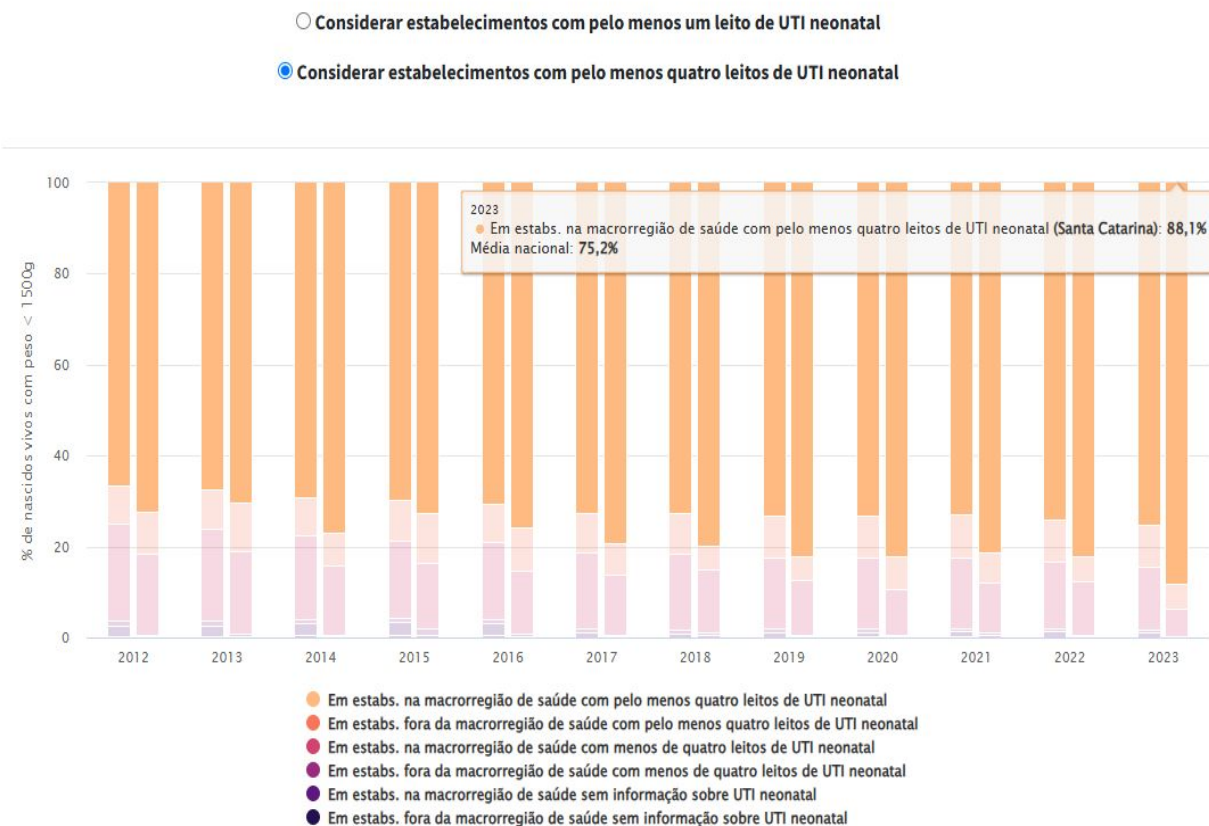


Assistência ao parto – Brasil e Santa Catarina, 2012 a 2023

Porcentagem de nascidos vivos segundo local de ocorrência do parto



Porcentagem de nascidos vivos com peso < 1500g segundo local de ocorrência e disponibilidade de leito de UTI neonatal

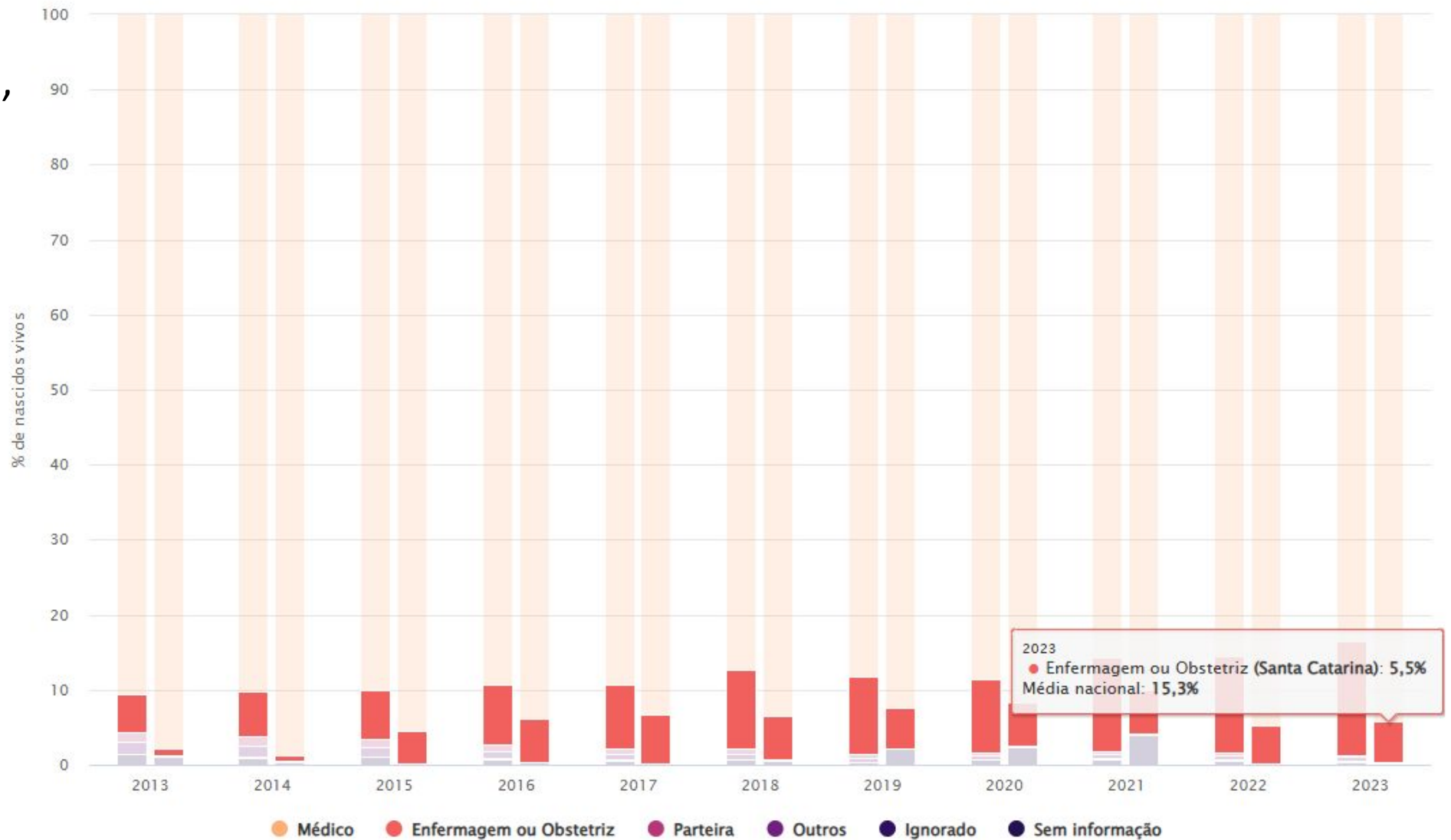


Distribuição percentual do tipo de profissional de assistência segundo local

Selecione, aqui, os locais de interesse:

Hospital

Assistência ao parto
Brasil e Santa Catarina,
2012 a 2023



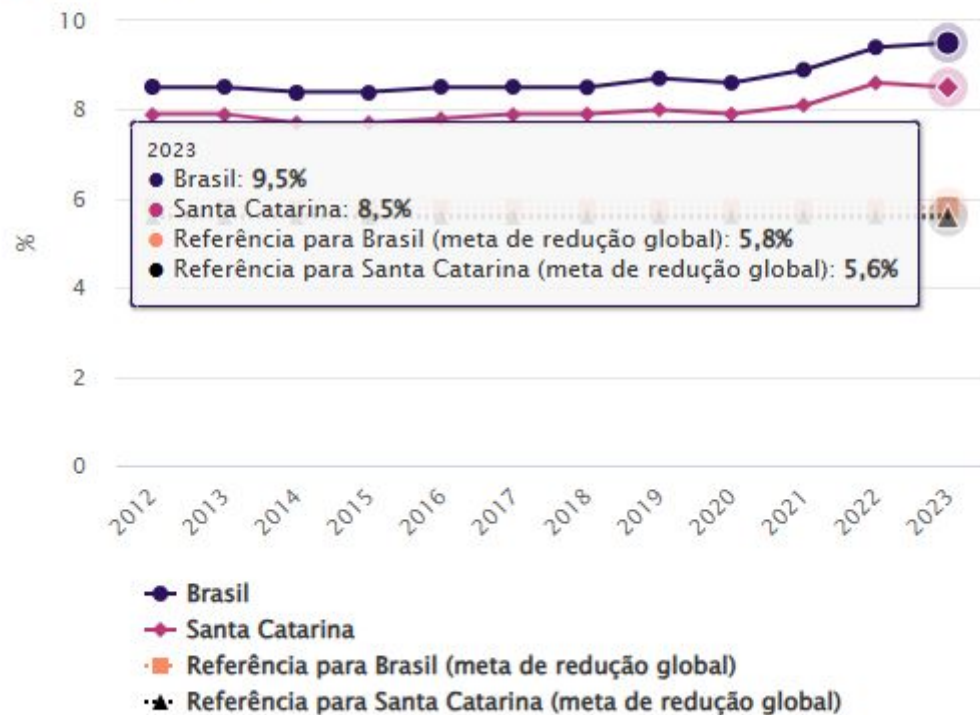
Porcentagem de baixo peso ao nascer (< 2500 g)

Selecione as faixas de peso:

Menor que 1000 g

De 1500 a 2499 g

De 1000 a 1499 g



Porcentagem de nascimentos prematuros (com menos de 37 semanas de gestação)

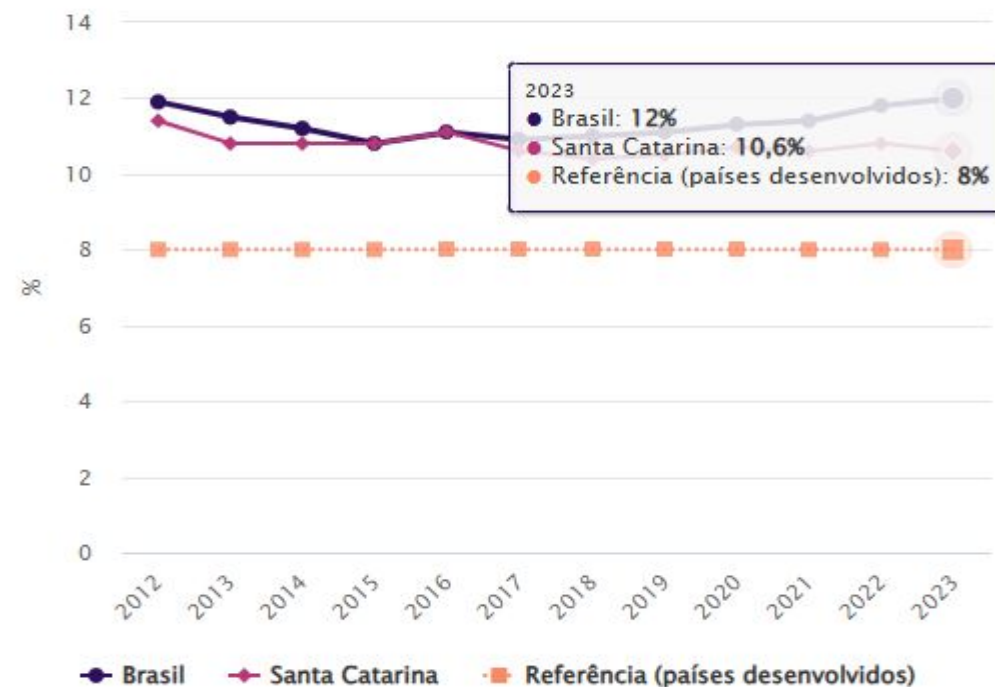
Selecione a idade gestacional:

Menor que 28 semanas

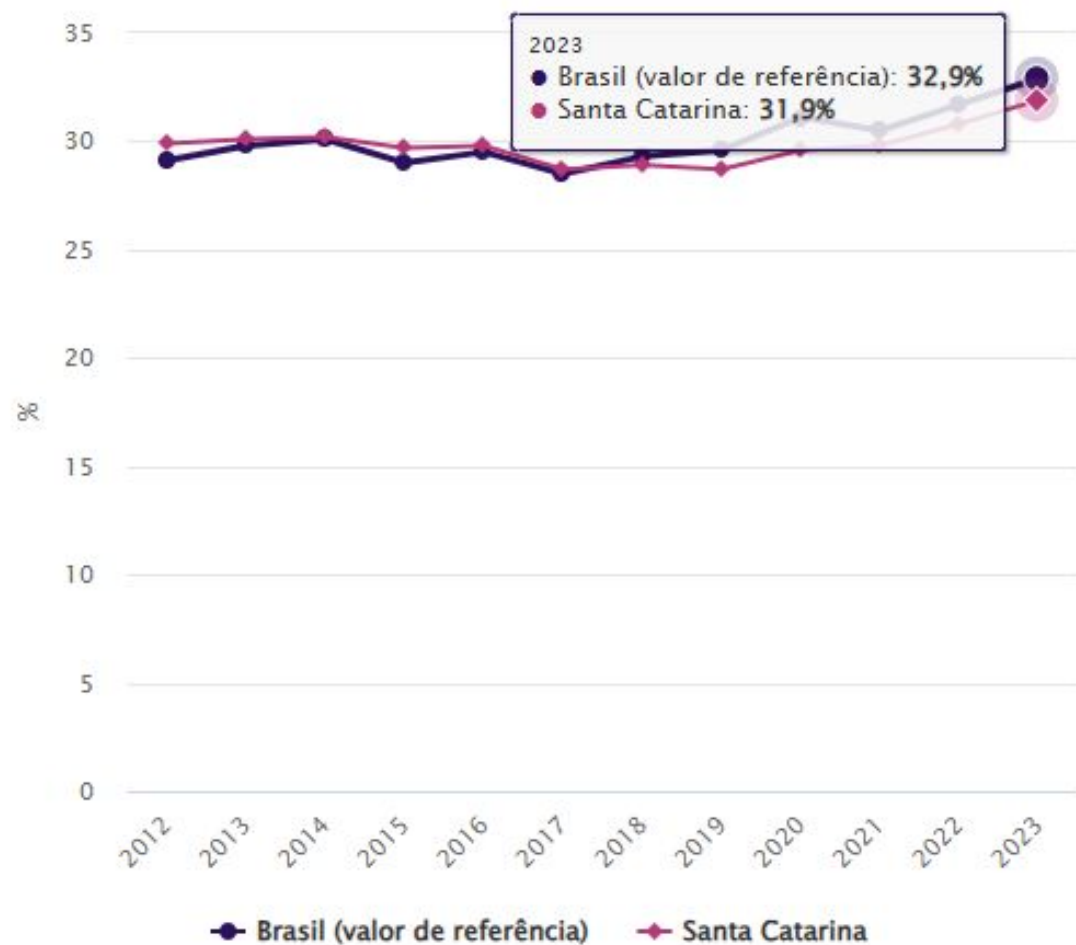
De 33 a 34 semanas

De 28 a 32 semanas

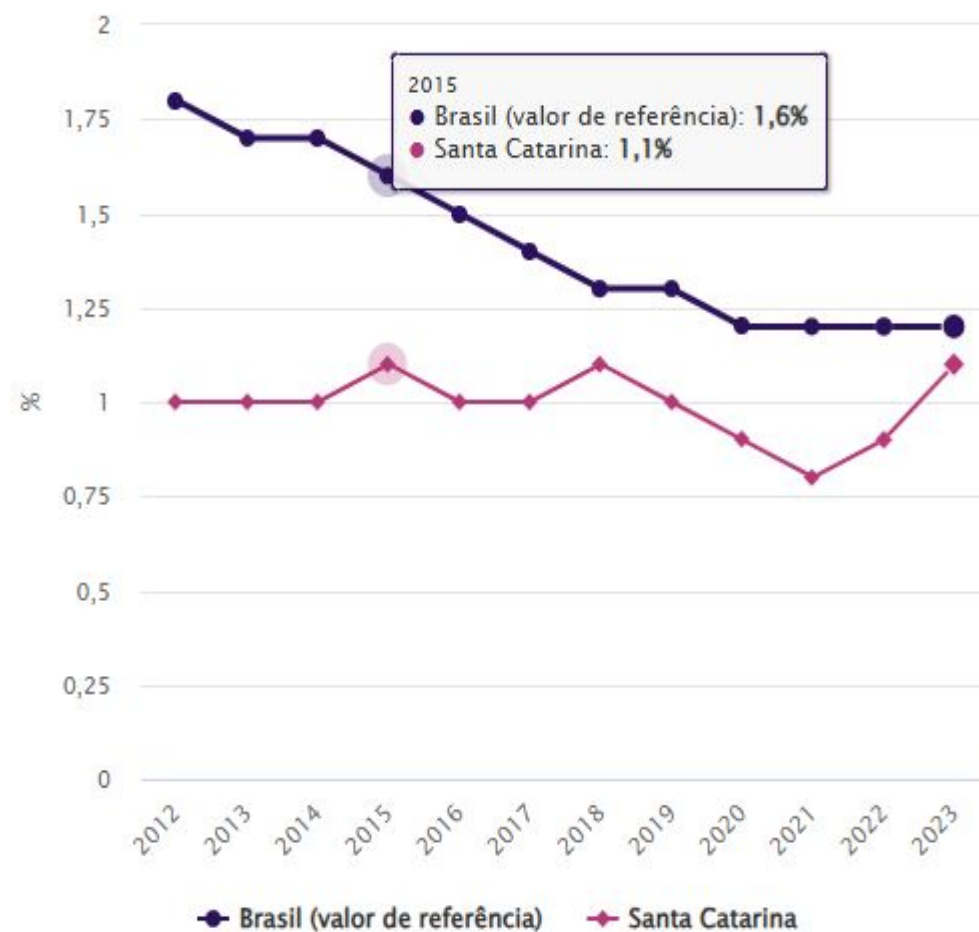
De 35 a 36 semanas



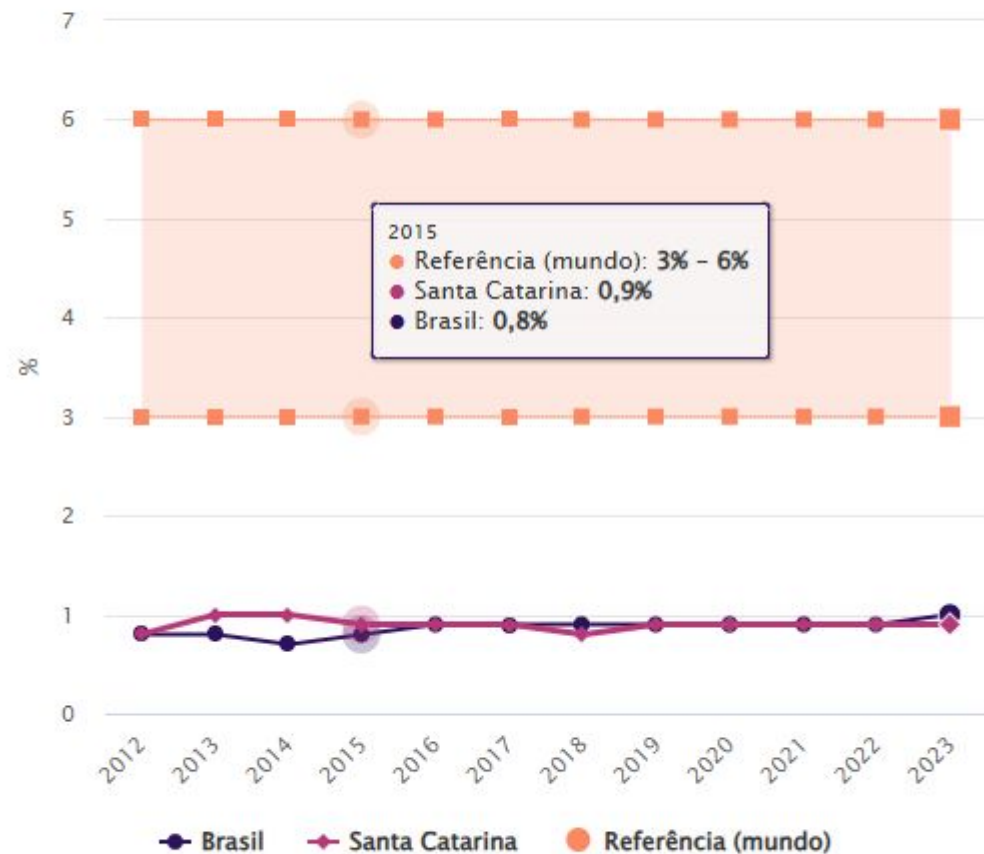
Porcentagem de nascimentos termo precoce (com 37 ou 38 semanas de gestação)



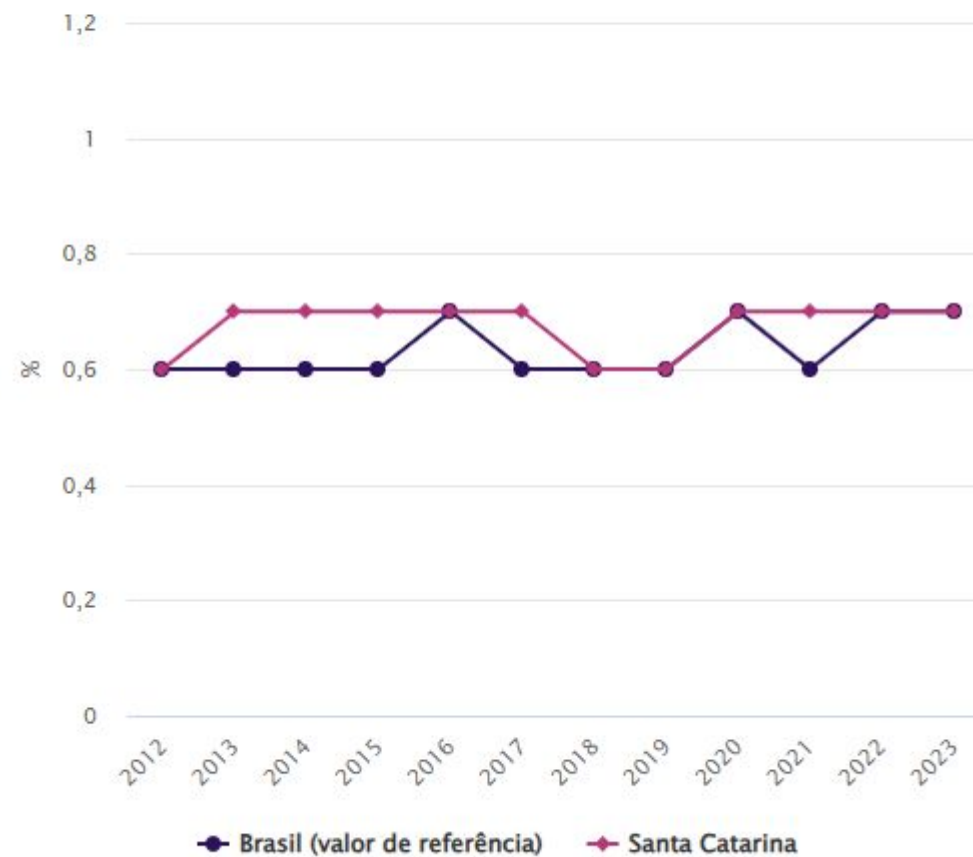
Porcentagem de nascidos vivos com asfixia dentre os nascidos vivos sem anomalias e com peso ≥ 2500 g



Porcentagem de nascidos vivos com anomalias congênitas



Porcentagem de nascidos vivos com anomalias congênitas prioritárias para vigilância definidas pelo Ministério da Saúde (Fonte: [link](#))



Desafios para a Redução da Mortalidade Perinatal no Brasil eliminação da mortalidade evitável (e morbidade)

REFORMA OBSTÉTRICA NO BRASIL - equivalente à Reforma Psiquiátrica

- Enfrentar as desigualdades socioeconômicas, de gênero e étnico-raciais
- Justiça reprodutiva: oferta concreta de planejamento reprodutivo e abortamento seguro – 50% de gestação não planejada
- Qualificar o cuidado: pré-natal, parto, nascimento, puerpério, recém-nascido - acesso equacionado?
- Enfrentar o **Paradoxo Perinatal Brasileiro**: excesso de intervenções na gestação e parto e manutenção de taxas altas de mortalidade: **prevenção quaternária** - reduzir a hipermedicalização e as iatrogenias
- **Ressignificar o valor do parto normal na cultura brasileira, informação qualificada, mobilização social**
- Eliminar o negacionismo na atenção obstétrica: formação profissional e educação permanente para assegurar assistência com práticas baseadas nas evidências científicas e nos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças

Pesquisa Nascer no Brasil, 2014

WHO, 1996; 2014, 2018

Ministério da Saúde, 2017 - Diretrizes Nacionais e Internacionais de Parto Normal e Cesariana

Desafios para a Redução da Mortalidade Perinatal no Brasil - eliminação da morbidade e mortalidade evitável

Reforma Obstétrica no Brasil - equivalente à Reforma Psiquiátrica

Oferta concreta de assistência digna e respeitosa nos serviços de saúde
Experiência positiva - **BOM PARTO** e **NASCIMENTO SAUDÁVEL PARA TODAS**

- **PROTAGONISMO DA MULHER** – eliminar a discriminação de gênero – **O PARTO É DA MULHER**
- **ELIMINAR A VIOLÊNCIA E O RACISMO OBSTÉTRICO**
- **ADEQUAÇÃO DAS MATERNIDADES** - implementar a legislação da ANVISA RDC **2008, 2013, 2024**
- **CENTROS DE PARTO NORMAL** e parto domiciliar planejado, inclusive no SUS - livre escolha do local do parto
- **MENOS INTERVENÇÕES**: 85% gestantes de baixo risco sofrem intervenções desnecessárias com sérios efeitos sobre a sua saúde e a do RN
- **MAIS CUIDADO QUALIFICADO** para a evolução normal do parto:
 - cuidado 1:1 + métodos de conforto da dor + analgesia + acompanhante 24 h
- **MAIS DOULAS** : para toda parturiente
- **MAIS PARTEIRAS NO BRASIL**: parteiras tradicionais/enfermagem obstétrica/obstetizes para toda parturiente

2014

THE LANCET

June, 2014

www.thelancet.com

Midwifery

An Executive Summary for *The Lancet's* Series



“Midwifery is a vital solution to the challenges of providing high-quality maternal and newborn care for all women and newborn infants, in all countries”

2024



Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Review language : English Website language : English Sign In

Title Abstract Keyword



Browse

Advanced search

Cochrane reviews

Searching for trials

Clinical Answers

About

Help

About Cochrane

Cochrane Database of Systematic reviews | Review - Intervention

Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women

Jane Sandall, Cristina Fernandez Turienzo, Declan Devane, Hora Soltani, Paddy Gillespie, Simon Gates, Leanne V Jones, Andrew H Shennan, Hannah Rayment-Jones Authors' declarations of interest

Version published: 10 April 2024 [Version history](#)

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>

Download PDF

Cite this review



Print



Comment



Share



Follow

Full text views: 24940



Collapse all Expand all

Atualização de revisão sistemática realizada em 2006 e 2016

Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women

Cochrane Library - 17 estudos, 18.533 mulheres

China, Canadá, Austrália, Reino Unido e Irlanda

Mortalidade materna 3/100.000 (Austrália) a 23/100.000 (China) - 2020



The screenshot shows the Cochrane Library interface. At the top left is the Cochrane Library logo with the tagline 'Trusted evidence. Informed decisions. Better health.' Below the logo is a search bar with the text 'Title Abstract Keyword' and a search icon. To the right of the search bar are buttons for 'Browse' and 'Advanced search'. Below the search bar is a navigation menu with options: 'Cochrane reviews', 'Searching for trials', 'Clinical Answers', 'About', 'Help', and 'About Cochrane'. The main content area displays the title 'Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women' and lists authors: Jane Sandall, Cristina Fernandez-Turiel, Declan Devane, Hora Soltani, Paddy Gillespie, Simon Gates, Leanne V. Jones, Andrew H. Shennan, and Hannah Rayment-Jones. It also shows the publication date 'Version published: 10 April 2024' and a URL: 'https://doi.org/10.1002/14651858.CD004467.pub6'. On the right side of the page, there are options to 'Download PDF', 'Cite this review', 'Print', 'Comment', 'Share', and 'Follow'. At the bottom right, it says 'Full text views: 24940'.

Mulheres que receberam o cuidado no modelo de atenção contínua por enfermeiras obstétricas/obstetizes tiveram

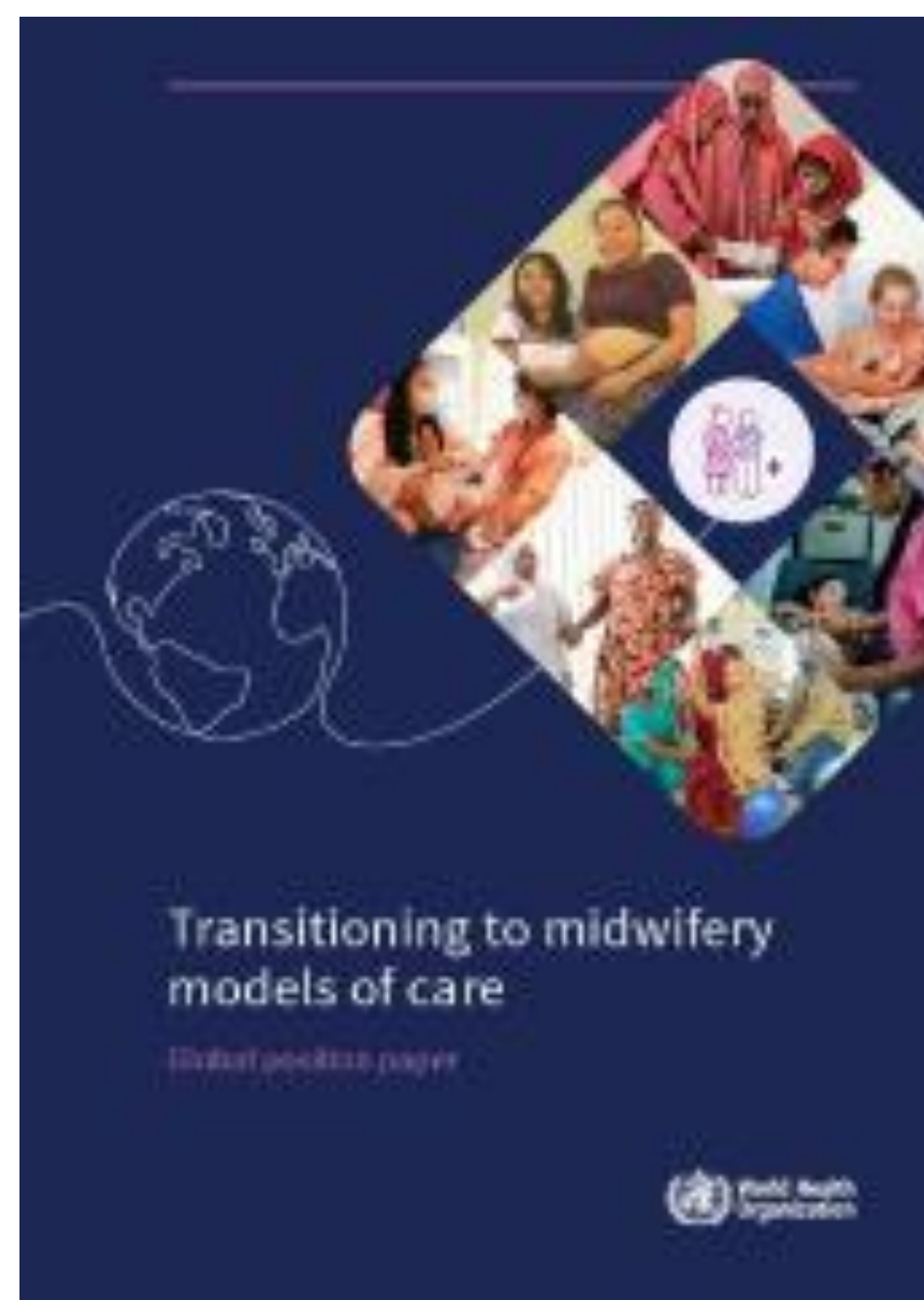
- menor risco de cesariana
- menor risco de parto instrumental
- menor risco de episiotomia
- maior chance de parto vaginal espontâneo
- maior chance de uma experiência positiva durante a gravidez, no parto e no pós-parto.

Transitioning to Midwifery Models of Care: Global Position Paper - WHO, 2024

“In the pursuit of providing high-quality health services to improve health and well-being for all in the context of Universal Health Coverage, transitioning to midwifery models of care represents a cost-effective strategy to optimize outcomes for women and newborns with minimal use of unnecessary interventions.”

Transição para modelos de cuidados por
enfermagem obstétrica/obstetrizes:
Posicionamento - OMS, 2024

Com o objetivo de oferecer serviços de saúde de alta qualidade para melhorar a saúde e o bem-estar de todos no contexto da Cobertura Universal de Saúde, a **transição para modelos de cuidados obstétricos por enfermagem obstétrica/obstetrizes representa uma estratégia custo-efetiva para otimizar os resultados para mulheres e recém-nascidos com uso mínimo de intervenções desnecessários.**





Original Article

Impact of nurse staffing on reducing infant, neonatal and perinatal mortality rates: Evidence from panel data analysis in 35 OECD countries

Arshia Amiri ^a, Katri Vehviläinen-Julkunen ^b, Tytti Solankallio-Vahteri ^c, Sirpa Tuomi ^c

Mulheres que recebem cuidados contínuos por parteiras profissionais (enfermagem obstétrica/obstetrix) capacitadas em padrões internacionais

- 16% menor probabilidade de perderem seus bebês
- 24% menor probabilidade de parto prematuro

Impacto da equipe de enfermagem na redução da mortalidade neonatal e perinatal: evidência em 35 países OECD

Methods

The statistical technique of panel data analysis was applied to explore the possibility of association between the number of nurses' density per 1,000 population and infant, neonatal and perinatal mortality rates (IMR, NMR and PMR) per 1000 births. The observations of 35 OECD countries were collected over the period of 2000 through 2016.

Results

There were significant associations between nurse staffing and IMR, NMR and PMR i.e. a 1% increase in nurse-staffing level reduced IMR, NMR and PMR by 0.98%, 0.97% and 0.96%, respectively. Furthermore, the role of nursing-related services in declining the average of newborn mortality rates were investigated at the highest level in Slovenia (-5.50), Sweden (-3.34), Iceland (-2.51), Czech Republic (-1.86), Japan (-1.64) and Finland (-1.64). Moreover, if the current relationship between nurse-staffing level and newborn mortality rates are disturbed with nursing shortage (e.g. in Slovak Republic and Israel), then it takes about 17 years for the mortality rates to reduce and restore back to the previous equilibrium.

Conclusions

A higher proportion of nurses' density per 1,000 population is associated with lower newborn mortality rates. In addition, the nursing-related services of Slovenia, Sweden, Iceland, Czech Republic, Japan and Finland with the highest impact on improving the health level of newborns would be good patterns for other developed countries in maternity and child health care.



Organização Mundial da Saúde

Dia Mundial da Saúde 2025

Inícios saudáveis, futuros esperançosos.





“A saúde das mães e dos recém-nascidos está na base de famílias e comunidades saudáveis, contribuindo para a garantia de um futuro esperançoso para todas as pessoas”

Investimento e esforço global para ajudar toda mulher e todo bebê a sobreviver e se desenvolver

Todo recém-nascido importa!
Nenhum recém-nascido a menos!



sonialansky@gmail.c
om

Vigilância do óbito por quê e para quê?
Para agir no controle e prevenção dos óbitos

