



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA  
CURSO BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

GEOVANA DE BRITO COSTA

**PERFIL DOS ÓBITOS INFANTIS NO ESTADO DA PARAÍBA**

JOÃO PESSOA-PB

2021

GEOVANA DE BRITO COSTA

**PERFIL DOS ÓBITOS INFANTIS NO ESTADO DA PARAÍBA**

Monografia apresentada à Faculdade Nova Esperança  
como parte dos requisitos exigidos para a conclusão do  
curso de Bacharelado em Odontologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista

JOÃO PESSOA-PB

2021

C872p

Costa, Geovana de Brito

Perfil dos óbitos infantis no estado da Paraíba / Geovana de Brito Costa. – João Pessoa, 2021.

17f.; il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

GEOVANA DE BRITO COSTA

PERFIL DOS ÓBITOS INFANTIS NO ESTADO DA PARAÍBA

Relatório apresentado à Faculdade Nova Esperança como parte das exigências para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

João Pessoa, 29 de 11 de 2021

BANCA EXAMINADORA



---

Profª. Dra. Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista  
Faculdades Nova Esperança

Yuri Victor de  
Medeiros Martins

Assinado de forma digital por Yuri  
Victor de Medeiros Martins  
Dados: 2021.12.01 17:06:57 -03'00'

---

Profª. Me. Yuri Victor de Medeiros Martins  
Faculdades Nova Esperança



---

Profª. Ma. Bianca Oliveira Torres  
Faculdades Nova Esperança

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida e pela oportunidade de proporcionar realizar esse grande momento. Por ter me sustentado nos dias difíceis e levantado quando fraquejei. Foram momentos de lutas, vontade de desistir, mas sua benção foi maior e ele se fez presente em todos os momentos, me mostrando que não estou sozinha e que eu seria e sou capaz de realizar meus sonhos. Gratidão, por demonstrar que seus planos são maiores que os meus.

Aos meus alicerces, os meus pais Maria da Glória de Brito Costa e Francisco das Chagas Costa, que me acolheram nessa vida, são minha fortaleza em tudo que faço e contribuíram muito para pessoa que sou hoje, fizeram de tudo para que eu pudesse chegar aqui hoje. Todas as lutas vívidas, todas as provações e “limitações” valeram a pena, só para ter o sorriso no rosto deles. Ao meu irmão Francisco das Chagas Costa Júnior, minha fonte de inspiração, sempre acreditou no meu potencial, me incentivando e apoiando nessa e outras trajetórias.

Ao meu melhor amigo e namorado Yan Gabriel Tavares de Lima, que sempre se fez presente em minha vida me apoiando, incentivado, fortalecendo e ajudando em todas as dificuldades, que acredita sempre em mim, no meu potencial e me inspira e incentiva todos os dias a buscar o melhor de mim.

A minha querida orientadora Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista, que senti grande empatia desde o início da graduação, pra mim sempre será um grande exemplo de profissional, aonde percebi a preocupação e atenção com cada aluno, a vontade de nos ensinar sempre, e de que sejamos excelentes profissionais. Só tenho a agradecer por todos ensinamentos o suporte e paciência durante a concretização desse grande sonho.

## RESUMO

A mortalidade infantil ainda é um grave problema de saúde pública no Brasil. A taxa de mortalidade infantil (TMI), avalia os riscos de óbitos infantis menores de um ano de idade e indica a qualidade de vida da população; através dessa taxa é possível adotar práticas para redução da mortalidade infantil e realizar intervenções concretas a partir de políticas públicas na área materno-infantil. A mortalidade reflete de maneira geral, os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de um determinado território. A partir disso, o objetivo deste estudo foi verificar o perfil dos óbitos infantis nos anos de 2005, 2010, 2015 e 2019 do estado da Paraíba. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza observacional, que foi realizado através dos dados presentes na plataforma DATASUS-TABNET. Notificados 3.440 óbitos infantis, os resultados com maior impacto de mortalidade, sexo masculino, cor da pele parda, o período neonatal precoce 0 a 6 dias de vida com maior percentual em todos os anos analisados, a idade materna entre 20 a 24 anos, escolaridade materna 8 a 11 anos de instituição, duração da gestação 37 a 41 semanas, óbitos relacionados ao parto; após o parto, o tipo de parto o vaginal, local de ocorrência; se destacando o hospital, a região João Pessoa-PB e o CID-10 as causas decorrente de afecções originadas no período perinatal. Concluindo-se que ocorreu um percentual significativo de óbitos em crianças menores de um ano de idade, ocorreu declínio em 2015, porém em 2019 ocorreu um aumento, tornando-se necessário a recorrência de medidas e prevenções primárias, pois em sua maioria atinge indivíduos no período neonatal precoce.

**Palavras-chaves:** Mortalidade Infantil; Fatores de Risco; Saúde Pública.

## ABSTRACT

Infant mortality is still a serious public health problem in Brazil. The infant mortality rate (IMR) assesses the risk of infant deaths under one year of age and indicates the population's quality of life; through this rate it is possible to adopt practices to reduce infant mortality and carry out concrete interventions based on public policies in the maternal and child health area. Mortality generally reflects the levels of health and socioeconomic development in a given territory. From this, the aim of this study was to verify the profile of infant deaths in the years 2005, 2010, 2015 and 2019 in the state of Paraíba. This is a descriptive, observational study, which was carried out using the data present in the DATASUS-TABNET platform. Notified 3,440 child deaths were notified, the results with the greatest impact of mortality, male gender, brown skin color, early neonatal period 0 to 6 days of life with the highest percentage in all years analyzed, maternal age between 20 and 24 years, education maternal 8 to 11 years of institution, gestation duration 37 to 41 weeks, birth-related deaths; after delivery, type of delivery or vaginal, place of occurrence; highlighting the hospital, the João Pessoa-PB region and the ICD-10 the causes arising from conditions originating in the perinatal period. In conclusion, that there was a significant percentage of deaths in children under one year of age, there was a decline in 2015, but in 2019 there was an increase, making the recurrence of primary measures and prevention necessary, as most of them affect individuals. in the early neonatal period.

**Keywords:** Infant Mortality; Risk Factors; Public Health.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>11</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>16</b>



## INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é caracterizada por número de óbitos infantis em seu primeiro ano de vida, em uma determinada região. Estudos propostos sobre o tema enfatizam a avaliação da mortalidade infantil que ocorrem nos períodos neonatal 0-27 dias de vida, com as subdivisões: neonatal precoce (de 0 a 6 dias), neonatal tardio (de 7 a 27 dias) e pós-neonatal 28 a 364 dias. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador de maneira geral que refletem as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.<sup>1</sup>

No Brasil, atualmente, existem taxas mais elevadas em casos de mortalidade infantil decorrentes de situações contemporâneas, dentre elas, estão associadas o limite do acesso aos serviços de saúde pública, precariedade da assistência no pré-natal, assistência pouco qualificada à mulher no parto e baixa qualidade da atenção ao recém-nascido. Desta forma, a importância da TMI é fundamental, pois é um indicador importante a saúde, permitindo mensurar os determinantes de mortalidade infantil e informa sobre o desenvolvimento social de uma população, servindo para nortear o planejamento de novas políticas públicas.<sup>2</sup>

Os dados obtidos pelo DATASUS, analisando a TMI, tem como seu principal objetivo, acompanhar a mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, reconhecer de forma precoce os fatores de risco para possibilitar o investimento, planejamento, atuação sobre os problemas e fortalecer ações primárias de saúde, essencialmente aquelas que são direcionadas às mulheres, o declínio da fecundidade, entre eles projetos de educação sexual, planejamento familiar, pré-natal, incentivo do aleitamento materno, entre outros que podem ser inseridos em unidades de atenção à saúde e assim, fortalecer o declínio na TMI.<sup>3</sup>

De acordo com Lima<sup>4</sup>, a TMI é uma estratégia relevante para nortear a tomada de decisão baseada em evidência e definição das políticas públicas voltadas para a saúde da população. Tornando-se fundamental, a fim de subsidiar a tomada de decisão e estratégias com intuito de reduzir os índices da mortalidade, baseada especificamente em evidências. As políticas públicas de saúde, refletem todo um contexto o sanitário, social, político e econômico vivido por sua unidade de intervenção, portanto devem sempre está em processo de atualização em uma região, para controle da taxa de Mortalidade.

A principal fonte de informação que permite o monitoramento da mortalidade infantil e seus determinantes, ocorre por meio da análise do Ministério da Saúde, através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

(SINASC), responsável pelas estatísticas do registro civil e vem direcionando investimentos com o propósito de melhorar a qualidade da informação em saúde e seus impactos.<sup>5</sup>

No Brasil ainda há problemas a serem superados, entre eles, diferenças regionais, desigualdades sociais que excluem significativos contingentes populacionais do acesso a bens e serviços básicos, o que tem sido atribuído a um complexo conjunto de fatores sociodemográficos e epidemiológicos, com riscos mais elevados de óbitos nas populações das Regiões Norte e Nordeste.<sup>6</sup>

De acordo com as informações do sistema de Indicadores de Mortalidade Infantil, ocorre uma classificação na TMI que corresponde a taxa de óbitos de crianças durante seu primeiro ano de vida em cada mil nascidos vivos, portanto são classificadas em baixas menos de 20, médias 20-49 e altas 50 ou mais óbitos, por mil nascidos vivos. Diante do exposto, as altas TMI condizem de maneira geral, baixos níveis de saúde, condições de vida e desenvolvimento socioeconômico da região.<sup>7</sup>

Observa-se alguns fatores de risco a se destacar, mediante a causa dos óbitos infantis, os fatores de risco biológicos consistem em idade materna, paridade, estatura, peso antes da gravidez, doença materna (diabetes, hipertensão), intervalo entre os nascimentos e perdas perinatais prévias, peso ao nascer e duração da gestação, os sociais incluem, instrução da mãe, ocupação dos pais, renda familiar e hábitos, entre outros e ainda os fatores relacionados à assistência médica, entre eles a falta de assistência e instrução a gestante do pré-natal ao pós-parto.<sup>8</sup>

A literatura discorre que grande parte das causas da mortalidade infantil é determinado por diversos fatores, grande parte são causas evitáveis que está integrada à desnutrição e às doenças infecciosas. Os óbitos por essas causas são classificados como eventos-sentinelas, ou seja, eventualidades que deveriam ser preveníveis pela atuação da tecnologia ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o conhecimento e os recursos disponíveis na atualidade. As principais causas de mortalidade infantil no Brasil estão relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde e à qualidade da assistência hospitalar no pré-natal, no parto e ao recém-nascido.<sup>9</sup>

Diante da relevância do tema, o presente trabalho verificou o perfil dos óbitos infantis no estado da Paraíba, através dos dados presentes na plataforma DATASUS-TabNet, no período de 2005, 2010, 2015 e 2019. Analisando o perfil dos óbitos infantis, escolaridade e idade materna, tipo de parto, duração da gestação, local de ocorrência, região de ocorrência e CID-10.

## MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa epidemiológica e caráter descritivo, embasado em um estudo bibliográfico e pode ser caracterizado como observacional, de natureza transversal, através da técnica direta intensiva, com abordagem quantitativa.

Para extração de dados, foram consultados registros públicos, não necessitando de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, uma vez que foram usados os dados secundários de sistemas de informação em saúde disponibilizados no Sistema de Informação de Saúde disponíveis no site do Ministério da Saúde, através da plataforma (DATASUS-TabNet). Os dados do estudo foram compostos pelas informações do perfil dos óbitos infantis no estado da Paraíba, nos anos de 2005, 2010, 2015 e 2019.

As variáveis foram coletadas com auxílio de uma ficha contendo as informações necessárias para coleta dos dados a partir das informações disponibilizadas na plataforma DATASUS-TabNet. Os dados foram processados pelo programa *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para *Windows*, versão 20.0 e foram analisados e apresentados por meio de estatística descritiva em forma de gráficos e tabelas. As variáveis analisadas foram: sexo, cor da pele, faixa etária, escolaridade da mãe, idade da mãe, tipo de parto, duração da gestação, local de ocorrência do óbito, a região metropolitana e identificado os tipos de óbitos através do CID-10.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta com um total de 3.440 óbitos menores de um ano de idade, referente aos anos (2005, 2010, 2015 e 2019 no estado da Paraíba). Os dados alusivos à categoria “ignorado” foram mantidos em todas as variáveis, haja vista sua importância para a contagem correta.

A Tabela 1 apresenta os valores relativos da mortalidade infantil dentre os três agravos analisados relacionado a criança, foi observado que o ano responsável pelo maior índice de números de casos foi no ano de (2005) com 1.197 óbitos, dez anos depois em (2015) obteve a menor taxa com 667 óbitos. Assim, ocorreu um declínio de 44,3% da taxa de incidência de óbitos.

**TABELA 1:** Distribuição da amostra de acordo com as variáveis relacionadas a criança. Dados dos anos referência 2005, 2010, 2015 e 2019.

	2005		2010		2015		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXO</b>								
Masculino	672	56%	434	52%	387	58%	393	53%
Feminino	515	43%	399	48%	276	41%	341	46%
Ignorado	10	1%	2	0%	4	1%	7	1%
<b>COR DA PELE</b>								
Branca	369	31%	228	27%	176	26%	177	24%
Preta	20	2%	12	2%	5	1%	14	2%
Amarela	2	0%	1	0%	0	0%	1	0%
Parda	525	44%	494	59%	440	66%	484	65%
Indígena	2	0%	2	0%	3	1%	6	1%
Ignorado	279	23%	98	12%	43	6%	59	8%
<b>FAIXA ETÁRIA</b>								
0 a 6 dias	619	52%	454	54%	359	54%	396	54%
7 a 27 dias	167	14%	150	18%	119	18%	120	16%
28 a 364 dias	410	34%	231	28%	189	28%	225	30%
Ignorado	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>1197</b>	<b>100%</b>	<b>835</b>	<b>100%</b>	<b>667</b>	<b>100%</b>	<b>741</b>	<b>100%</b>

FONTE: DATASUS, 2021

Nesse estudo verificado que as características mais predominantes foram do sexo masculino 55%, da cor de pele parda 56%. Estudos de Cardoso, Santos e Coimbra<sup>10</sup>, em Cuiabá-MT, analisou que o maior número de óbitos foi em crianças do sexo masculino e de cor da pele parda, pois os fetos masculinos apresentam maior risco, pois estão ligadas a fatores biológicos, que indicam uma maior fragilidade e alguns tipos de doença ligados a causas externas. A faixa etária do grupo que se destacou foi o período neonatal precoce 0 a 6 dias, 53% de óbitos infantis em recorrência dos 3.440 notificados, com maior percentual em todos os anos analisados. Sousa, Santos, Santos, Silva, Pereira, Silva<sup>2</sup>, constataram que entre os anos de 2008 a 2017, foram notificados 1530 óbitos infantis em Belém-PA, com percentual de 92,5% de óbitos no período pós-neonatal 28 a 364 dias de vida, representado quase que sua totalidade (Tabela 1).

Na Tabela 2 foi elaborada uma análise relacionada a mãe, com as variáveis de idade e escolaridade materna e dentre as que apresentaram o maior valor relacionado a idade da mãe foi a idade ignorada em 28% seguido com a idade de 20 a 24 anos 20% e consequente a idade com o menor valor apresentada foi de 45 a 49 anos, com 0%. Ribeiro, Ferrari, Sant'Anna,

DalmasGiroto<sup>11</sup>, realizaram estudos em Londrina-PR, no período de 2000 a 2009, os óbitos infantis ocorreram com prevalência, entre mulheres na faixa etária dos 10 aos 19 anos das 42.684 notificações, 7.917 óbitos notificados, eram filhos de mulheres entre 15 e 19 anos e 627 de adolescentes menores de 14 anos.

**TABELA 2:** Distribuição da amostra de acordo com as variáveis relacionadas a mãe. Dados dos anos referência 2005, 2010, 2015 e 2019.

	2005		2010		2015		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>IDADE DA MÃE</b>								
10 a 14 anos	10	1%	15	2%	5	1%	9	1%
15 a 19 anos	167	14%	115	14%	124	19%	137	19%
20 a 24 anos	232	19%	172	21%	132	20%	142	19%
25 a 29 anos	149	12%	124	15%	105	16%	112	15%
30 a 34 anos	95	8%	99	12%	96	14%	105	14%
35 a 39 anos	55	5%	54	6%	46	7%	84	12%
40 a 44 anos	19	2%	18	2%	23	3%	31	4%
45 a 49 anos	3	0%	0	0%	3	0%	2	0%
Idade ignorada	467	39%	238	28%	133	20%	119	16%
<b>ESCOLARIDADE DA MÃE</b>								
Nenhuma	95	8%	54	7%	13	2%	25	3%
1 a 3 anos	125	11%	68	8%	49	7%	32	4%
4 a 7 anos	219	18%	169	20%	132	20%	152	21%
8 a 11 anos	123	10%	173	21%	243	36%	290	39%
12 anos e mais	50	4%	51	6%	40	6%	77	11%
Ignorado	585	49%	320	38%	190	29%	165	22%
<b>TOTAL</b>	<b>1197</b>	<b>100%</b>	<b>835</b>	<b>100%</b>	<b>667</b>	<b>100%</b>	<b>741</b>	<b>100%</b>

FONTE: DATASUS, 2021

Em relação a escolaridade da mãe esse estudo verificou-se, maior índice com 24% do seu percentual, entre 8 a 11 anos de instituição e com tendência crescente ao decorrer de todos os anos analisados. Conforme estudos de Brasil<sup>7</sup>, a escolaridade materna é um fator de risco importante para a sobrevivência infantil e um indicador meça as condições socioeconômicas, demonstrando as desigualdades sociais existentes no País (Tabela 2).

A Tabela 3 representa os valores analisados referente as variáveis da gestação e aos óbitos infantis, com relação a duração da gestação, a maior prevalência a idade gestacional entre 37 a 41 semanas, com 21% em todos anos analisados. Estudos de Sanders, Pinto, Medeiros, Sampaio, Viana, Lima<sup>12</sup>, identificaram o maior percentual referente a duração da gestação,

condizente a menos de 37 semanas de gestação, sendo assim um dos principais fatores de riscos. O período após o parto, com maior índice 72% com 2.476 óbitos. Segundo a variável do local de ocorrência o local que apresentou maior destaque foi o hospital com o maior índice de óbitos 89% com 3.064 dos casos. O tipo de parto com maior índice de registro de óbitos foi o vaginal. Estudos de Lourenço, Brunken e Luppi<sup>9</sup>, realizado Cuiabá-MT, no ano de 2007, grande parte dos óbitos condiz ao parto vaginal 43/79, essa associação pode indicar má qualidade da assistência no parto vaginal e um fator de risco nas gestações de alto risco e em mulheres com baixas condições socioeconômicas.

**TABELA 3:** Distribuição da amostra de acordo com as variáveis relacionadas a gestação e ao óbito. Dados dos anos referência 2005, 2010, 2015 e 2019.

	2005		2010		2015		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>DURAÇÃO DA GESTAÇÃO</b>								
Menos de 22 semanas	5	0%	28	3%	23	3%	31	4%
22 a 27 semanas	146	12%	122	15%	130	20%	140	19%
28 a 31 semanas	135	11%	143	17%	96	14%	131	18%
32 a 36 semanas	175	15%	135	16%	122	18%	140	19%
37 a 41 semanas	247	21%	213	26%	125	19%	150	20%
42 semanas	18	2%	11	1%	3	1%	1	0%
Ignorado	471	39%	183	22%	23	3%	148	20%
<b>ÓBITO RELAÇÃO AO PARTO</b>								
Antes do parto	19	2%	0	0%	0	0%	0	0%
Durante o parto	5	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Após o parto	635	53%	655	78%	550	82%	636	86%
Ignorado	538	45%	180	22%	117	18%	105	14%
<b>TIPO DE PARTO</b>								
Vaginal	490	41%	390	47%	297	45%	308	41%
Cesário	253	21%	291	35%	270	40%	331	45%
Ignorado	454	38%	154	18%	100	15%	102	14%
<b>LOCAL DE OCORRÊNCIA</b>								
Hospital	973	81%	765	92%	619	93%	707	95%
Outros estabelecimentos de saúde	21	2%	3	0%	2	0%	3	0%
Domicílio	162	14%	51	6%	28	4%	19	3%
Via pública	18	1%	5	1%	6	1%	1	0%
Outros	13	1%	10	1%	11	2%	11	2%
Ignorado	10	1%	1	0%	1	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>1197</b>	<b>100%</b>	<b>835</b>	<b>100%</b>	<b>667</b>	<b>100%</b>	<b>741</b>	<b>100%</b>

FONTE: DATASUS, 2021

Na análise de mortalidade voltada a região metropolitana, percebeu que a região de João Pessoa-PB foi o que apresentou maior número de óbitos decorrentes dos anos analisados, 2005,

2010, 2015 e 2019, com 44% dos casos, em seguida Campina Grande-PB 33% em seguida Patos-PB 9% do índice de óbitos, as regiões que se destacaram com menor prevalência de óbitos foram Barra de Santa Rosa-PB 1%, Itabaiana-PB 1% e Araruna-PB com 0% de casos registrados e fora da região metropolitana da Paraíba, ocorreram 148 casos registrados ao decorrer dos anos analisados, e apenas 1 caso ignorado no registro.

No agravo relacionado ao CID-10, destacaram-se as causas decorrente de afecções originadas no período perinatal com 60% seguida a malformações congênitas, deformidade e anomalias com 17% e os aparelho respiratório com 5% ao decorrer dos anos analisados. Referente aos grupos com menor percentual de mortalidade se classifica, as neoplasias com apenas 8 casos registrado e doenças do ouvido e da apófise mastoide com 1 caso registrado, conseqüentemente a porcentagem de ambas foram de 0% aos anos verificados. Lansky, Friche, Silva, Campos, Bittencourt e Carvalho<sup>13</sup>, realizou-se estudos nas regiões Norte e Nordeste, nos períodos de 2011 a 2012, conseqüentemente foram apresentadas maiores relevâncias de óbitos por infecção perinatal, diante do exposto a maior necessidade de investimento na organização e qualificação da atenção, sobretudo a população mais excluída com ações efetivas, oportunas e qualificadas, com intuito a redução da mortalidade e diminuir as desigualdades ainda existentes.

## CONCLUSÃO

Ocorreu um percentual significativo de óbitos em crianças menores de um ano de idade, os principais fatores associados foram crianças do período neonatal precoce, sexo masculino, de cor parda, nascidos em hospital, de parto vaginal. Relataram-se, em relação às características maternas, a escolaridade de 8 a 11 anos e com duração da gestação de 37 a 41 semanas. Consideraram-se, como as causas mais prevalentes de óbitos infantis, as afecções no período perinatal e as malformações congênitas.

No entanto, foi analisado que a taxa de mortalidade ocorreu redução em 2015, porém em 2019 houver um aumento de 10%, entende-se que o Estado da Paraíba merece uma atenção especial relacionada a redução da mortalidade infantil, de suma importância os investimentos para a implementação de boas práticas baseadas em evidências científicas para a qualificação dos processos assistenciais, referente aos serviços de pré-natal, puericultura, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento para assegurar à gestante e à criança, serviço de qualidade e conseqüentemente, a redução dos riscos e de óbitos infantis.

Diante do exposto, a taxa de mortalidade infantil é relacionada a desigualdade de uma sociedade e o acesso aos serviços de saúde. Tratando-se de um desafio, pois não envolve apenas questões biológicas; relacionam-se as questões sociais, econômicas, ambientais e culturais, que exigem um sistema de saúde apto a oferecer à população um atendimento biopsicossocial, voltado às ações de promoção da saúde na comunidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gaíva MAM, Bittencourt RM, Fujimori E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2013;34(4):91-97.
2. Sousa JF, Santos KF, Santos DRS, Silva AVC, Pereira IS, Silva RC. Mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias no estado do Pará: vigilância de óbitos entre 2008 a 2017. *Pará Research Medical Journal*. 2020;3(3-4):0-0.
3. REDE Interagência de Informação para a Saúde cap. 3\REDE Interagência de Informação para a Saúde. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
4. Lima LC Idade materna e mortalidade infantil: efeitos nulos, biológicos ou socioeconômicos? *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2010;27 211-226.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Saúde Brasil 2019: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
6. Oliveira CM, Bonfim CV, Guimarães JB, Frias G, Medeiros ZM. Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2016;29(3):282-290.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais*



de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
9. Lourenço EC, Brunken GS, Luppi, CG. Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013;22(4)697-706.
10. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21 1602-1608.
11. Ribeiro FD, Ferrari RAP, Sant'Anna FL, Dalmas JC, Girotto E. Extremes of maternal age and child mortality: analysis between 2000 and 2009. *Revista Paulista de Pediatria*. 2014; 32(4)381-388.
12. Sanders LSC, Pinto FJM, Medeiros CRB, Sampaio RMM, Viana RAA, Lima KJ. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2017;25 83-89.
13. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DA, Carvalho ML. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30 S192-S207.

