

Análise do perfil epidemiológico da mortalidade na infância no estado da Paraíba, Brasil

RESUMO

Objetiva-se avaliar o perfil epidemiológico da mortalidade de crianças no estado da Paraíba. Trata-se de um estudo documental descritivo realizado com dados do Sistema de Informação de Mortalidade referentes aos óbitos de crianças de um a nove anos e residentes na Paraíba no período de 2007 a 2016. Foram evidenciados 864 óbitos, com predomínio na faixa etária entre cinco e nove anos (100,0%), do sexo masculino (58,2%) e de cor/raça parda (62,2%), sendo resultado de causas externas de morbidade e mortalidade (30,7%) e ocorrendo com maior frequência na microrregião de João Pessoa (21,5%). Conclui-se que o estado da Paraíba vem acompanhando a redução da mortalidade na infância apresentada pelo Brasil, contudo enfrenta obstáculos presentes mundialmente, como a exclusão social e econômica, os quais são fatores que dificultam o acesso à saúde, deixando as crianças ainda mais vulneráveis.

DESCRIPTORIOS: Mortalidade na infância; Perfil epidemiológico; Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

The aim is to evaluate the epidemiological profile of mortality of children in the State of Paraíba. It is a documentary descriptive study carried out with data from the mortality information system concerning the deaths of children from one to nine years and residents in Paraíba during the period from 2007 to 2016. Were evidenced 864 deaths, with predominant ages between five and nine years (100.0%), male (58.2%) and color/race (62.2%), being the result of external causes of morbidity and mortality (30.7%) and occurring with greater frequency in Brazil Joao Pessoa (21.5%). It is concluded that the State of Paraíba has been following the reduction of mortality in childhood presented by Brazil, but faces obstacles present worldwide, as social and economic exclusion, which are factors that hinder access to health, leaving children even more vulnerable.

DESCRIPTORS: Child Mortality; Health Profile; Health Information Systems.

RESUMEN

Se pretende evaluar el perfil epidemiológico de la mortalidad de niños en el estado de Paraíba. Se trata de un estudio documental descriptivo realizado con datos del Sistema de Información de Mortalidad referentes a las muertes de niños de uno a nueve años residentes en Paraíba en el período de 2007 a 2016. Se evidenciaron 864 muertes, con predominio en el grupo de edad entre cinco y cinco, de los cuales se observó un aumento en la tasa de mortalidad materna en los países en desarrollo, la frecuencia en la microrregión de João Pessoa (21,5%). Se concluye que el estado de Paraíba viene acompañando la reducción de la mortalidad en la infancia presentada por Brasil, sin embargo enfrenta obstáculos presentes mundialmente, como la exclusión social y económica, que son factores que dificultan el acceso a la salud, dejando a los niños aún más vulnerables.

DESCRIPTORIOS: Mortalidad del Niño; Perfil de Salud; Sistemas de Información en Salud.

Getúlio Ribeiro Peixoto

Médico. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). PB, Brasil.

João Paulo Epifânio Silva

Médico. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). PB, Brasil.

Cláudia Jeane Lopes Pimenta

Enfermeira. Mestre e Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba (UFPB). PB, Brasil. Autor correspondente.

Eliane de Sousa Leite

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). PB, Brasil.

Edineide Nunes da Silva

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). PB, Brasil.

Bárbara de Alencar Rodrigues

Médica. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). PB, Brasil.

INTRODUÇÃO

A mortalidade na infância é um importante indicador das condições de vida e saúde de um país, sendo reflexo direto do desenvolvimento socioeconômico e da qualidade de vida de uma população(1). A infância é um período marcado por um intenso desenvolvimento neuropsicomotor, tornando as crianças mais vulneráveis a doenças ou a agravos à saúde, dentre os quais, uma grande parcela pode resultar em óbito(2). Nesse sentido, torna-se imprescindível que haja uma maior atenção dos profissionais de saúde e dos pais ou responsáveis quanto a situações que possam prejudicar a saúde das crianças(3).

Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) expõem que as maiores taxas de mortalidade na infância estão nas Áfricas Ocidental e Central, sendo diretamente relacionadas à falta de programas do governo que invistam em ações de prevenção de doenças, como: imunização, saneamento básico, ações educativas, dentre outras(4).

No Brasil, a mortalidade na infância vem apresentando um decréscimo na última década, entretanto, ainda se apresenta elevada em todo o país, sendo a Região Nordeste responsável por 45.420 casos, o que corresponde a 33,4% do total de óbitos nacional, dos quais grande parte ocorre no estado da Paraíba(5).

A taxa de mortalidade na infância representa um aspecto de fundamental importância para avaliar a qualidade de vida, pois por meio dele, é possível obter informações sobre a eficácia dos serviços públicos, tais como: saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de remédios e vacinas, acompanhamento médico, educação, maternidade, alimentação adequada, entre outros(5).

Para se conhecer a mortalidade no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), integrado ao Departamento

de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), visando a obtenção regular de dados sobre os óbitos no país(6). Mediante a criação do SIM, tornou-se possível a captação de dados abrangentes sobre mortalidade, os quais promovem subsídios para as diversas esferas de gestão na saúde pública, permitindo a análise espacial das informações e o planejamento e avaliação das políticas e ações de saúde(7).

Ao longo da trajetória da saúde no Brasil, sempre houve uma precariedade na assistência à criança, sobretudo no período da infância, apresentando um caráter curativista e individual(8). Durante as décadas de 1980 e 1990, ocorreram conquistas sociais importantes, como a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança e a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, que influenciaram diretamente na assistência à saúde da criança, resultando na diminuição dos índices de mortalidade infantil observados(9).

Ao longo da trajetória da saúde no Brasil, sempre houve uma precariedade na assistência à criança, sobretudo no período da infância, apresentando um caráter curativista e individual.

No decorrer da década de 1990, várias iniciativas potencializaram a assistência à saúde da criança, como a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que inicialmente foi denominada de Programa Saúde da Família (PSF), a qual se constitui como uma importante inovação tecnológica para o cuidado da população, sobretudo para a assistência à saúde da criança(10).

A ESF contribui de várias formas para fortalecer as ações de promoção da saúde, particularmente aquelas direcionadas à saúde da criança desde pré-natal, visita puerperal, imunização e atenção às doenças prevalentes na infância. Portanto, além das atividades coletivas e individuais voltadas ao cuidado da criança no Brasil, o MS juntamente com os estados e municípios, vem desenvolvendo ações de vigilância à saúde, a exemplo da investigação de óbitos, que podem contribuir para um melhor entendimento dos determinantes das mortes, principalmente aquelas que são evitáveis(11-12).

Justifica-se a relevância desta pesquisa pela necessidade de identificar as principais causas que resultaram em óbitos de crianças no estado da Paraíba, a fim de possibilitar o desenvolvimento de ações e estratégias direcionadas para a prevenção de agravos e promoção da saúde nesse público.

Assim, questiona-se: Qual o perfil epidemiológico da mortalidade em crianças no estado da Paraíba entre os anos de 2007 e 2016? Nesse sentido, o estudo teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico da mortalidade em crianças no estado da Paraíba.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental e descritivo, realizado com todas as crianças que foram a óbito no período entre 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2016 no estado da Paraíba. De acordo com o MS, são definidos como crianças os indivíduos entre 0 (zero) e 9 (nove) anos de idade(13), todavia, para este estudo foi utilizada a clas-

sificação de idade empregada pelo DATASUS, sendo investigadas crianças na faixa etária entre 1 (um) e 9 (nove) anos, totalizando 864 óbitos.

Os dados sobre a mortalidade na infância foram obtidos a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizado pelo banco de dados informatizado do DATASUS, sendo coletados no mês de agosto de 2018. As causas de óbitos foram definidas por meio da décima revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), sendo a coleta de dados realizada através do sistema de informações de saúde Tabnet no website do DATASUS

(www.datasus.gov.br). Nesse sistema, foi acessado o tópico Estatísticas Vitais e em seguida, buscou-se os dados referentes à Mortalidade geral na Paraíba, no qual delimitou-se para os últimos 10 anos disponíveis, correspondendo ao período de 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2016.

Os resultados obtidos foram analisados por estatística descritiva e distribuídos em tabelas, através do programa Microsoft Office Excel®, além de serem confrontados com a literatura pertinente à temática estudada. Por serem utilizados dados disponíveis de forma livre e gratuita na rede mundial de computadores através do

DATASUS, não houve a necessidade desta pesquisa ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, contudo, foram respeitados todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi observado um total de 864 óbitos de crianças no período entre 2007 e 2016 no Estado da Paraíba, com maior prevalência entre crianças do sexo masculino (58,2%), com idade entre cinco e nove anos (100,0%) de cor/raça parda (62,2%), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil da mortalidade em crianças no estado da Paraíba entre 2007 e 2016. Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo: Masculino	503	58,2
Feminino	361	41,8
Faixa etária: 1 - 4 anos	-	-
5 - 9 anos	864	100,0
Cor/Raça: Parda	537	62,2
Branca	245	28,4
Preta	12	1,4
Indígena	1	0,1
Amarela	1	0,1
Ignorado	68	7,9
TOTAL	1864	100,0

Fonte: DATASUS, 2018

A avaliação da taxa de mortalidade na infância evidenciou que ao longo dos anos houve um decréscimo no número de mortes, sendo registrados 107 óbitos em 2007, enquanto em 2016, esse número apresenta uma pequena diminuição, exibindo um total de 90 mortes, o que corresponde a uma redução de aproximadamente 16% em apenas 10 anos. Esse achado apresenta extrema importância para avaliar a qualidade de vida, permitindo a obtenção de informações sobre a eficácia dos serviços públicos, tais como: saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de remédios e vacinas, acompanhamento médico, educação, maternidade, alimentação adequada, entre outros(5).

Ao longo dos anos, vem sendo observada uma redução dessas taxas de mortalidade,

todavia, os valores apresentados ainda se mostram preocupantes, sobretudo quando se evidencia que as principais causas de óbitos são facilmente evitáveis ou tratáveis com intervenções comprovadas e de baixo custo(4).

Um estudo(4) realizado em conjunto por membros da Organização das Nações Unidas (ONU), OMS e UNICEF, apresentado em 2015, estima que a mortalidade infantil diminuiu de 12,7 milhões em 1990 para 5,9 milhões em 2015, contudo, apenas 62 países de um total de 195, conseguiram atingir as metas estabelecidas. No caso do Brasil, este não apenas ultrapassou a meta estabelecida, como reduziu em mais de 20% a mortalidade, sendo importante destacar que a taxa diminuiu em todas as regiões do país entre 1990 a 2011(4,13).

Mediante esse contexto, o país vem experimentando nos últimos anos um notável avanço na diminuição das taxas de mortalidade infantil e na infância, reduzindo de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos de crianças até cinco anos por mil nascidos vivos em 2011, alcançando antes do prazo, as metas dos Objetivos do Milênio criados pela ONU(14).

A Região Nordeste vem apresentando um decréscimo considerável da mortalidade na infância ao longo dos anos. Em 1990, a taxa de mortalidade em crianças abaixo dos cinco anos era de 87,3 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto em 2011, esse número foi reduzido para 20,7. Embora ainda seja um número elevado, principalmente se comparado a outras regiões do Brasil, estes valores mostram uma notável melhoria nos indicadores de

saúde(14).

O declínio da taxa de mortalidade brasileira e, sobretudo da Região Nordeste, é resultado do desenvolvimento de ações e programas governamentais que buscavam a assistência à saúde da criança e asseguravam um maior acesso aos serviços de saúde, devendo ser atribuída, sobretudo, à ESF, mediante a realização de atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças(15-16). Além disso, a queda da mortalidade está associada a uma série de melhorias nas condições de vida e acesso aos bens de serviço e de consumo, tais como saneamento básico e segurança alimentar e nutricional(17-18).

Embora seja observada uma expressiva redução das taxas de óbitos, percebe-se que ainda existem valores elevados de mortalidade, resultantes da situação de exclusão social em que vive uma grande parte da população mundial(18). Nesse sentido, as condições desfavoráveis presentes no ambiente, como a escassez de condições sanitárias adequadas,

potencializam a vulnerabilidade social e fisiológica apresentada pelas crianças, em decorrência da imaturidade do sistema imunológico, o que gera um maior número de adoecimentos e, conseqüentemente, elevação nas taxas de mortalidade(4).

Em relação ao perfil das crianças que foram a óbito, identificou-se uma maior prevalência do sexo masculino, o que corrobora com os índices de mortalidade geral brasileira, haja vista que no período de 2007-2016 a prevalência de óbitos masculinos no país foi de 56,8% e no estado da Paraíba esse valor correspondeu a 55,6%(5).

Observou-se um predomínio de óbitos entre as crianças declaradas como pardas, o que poderia estar relacionado às precárias condições de vida e à elevada vulnerabilidade social a que esta população frequentemente se encontra exposta(19). Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada(20), no ano de 2013, 5,3% da população negra brasileira (formada por pretos e pardos) encontrava-se em situação

de extrema pobreza, caracterizada por apresentar renda familiar per capita de até R\$ 79,12, sendo o salário mínimo na época correspondente a R\$ 678.

A maior frequência de mortes de indivíduos pardos se configura como uma realidade comum no estado da Paraíba, uma vez que entre os anos de 2007 e 2016 a mortalidade geral foi maior entre indivíduos pertencentes a essa cor/raça, correspondendo a 60,3%, um valor bem acima do encontrado na Região Nordeste e no Brasil no mesmo período - 58,0% e 20,8%, respectivamente(5).

Observou-se que a principal causa de morte em crianças na Paraíba foi relacionada a causas externas de morbidade e mortalidade, o que corresponde a uma realidade bastante frequente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento(21). Em contrapartida, em países subdesenvolvidos e com significativas desigualdades, como a Namíbia, o Quênia, a Tanzânia e a Uganda, localizados na África Subsaariana, as precárias condições de

Tabela 1: Perfil da mortalidade em crianças no estado da Paraíba entre 2007 e 2016. Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

CAPÍTULO CID-10	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	61	7,1
II. Neoplasias (tumores)	131	15,2
III. Doenças sangue órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	11	1,3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	37	4,3
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	0,1
VI. Doenças do sistema nervoso	102	11,8
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	46	5,3
X. Doenças do aparelho respiratório	84	9,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	19	2,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0,1
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	5	0,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	8	0,9

XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	3	0,3
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	28	3,2
XVIII. Sintomas e sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	60	6,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	265	30,7
TOTAL	864	100,0

Fonte: DATASUS, 2018

saúde e o número reduzido de profissionais de saúde qualificados ainda representam as principais causas de mortalidade na infância(22).

A Tabela 2 apresenta a distribuição da taxa de mortalidade no estado segundo o CID-10, sendo evidenciado que a maior parte dos óbitos ocorreu por causas externas (30,7%) e neoplasias (15,2%) ■

As causas externas, classificadas atualmente pelo MS, de acordo com CID, são os acidentes e violências, responsáveis por

traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde(5). As causas externas de morte estão no patamar da mortalidade em crianças de um a nove anos no estado da Paraíba, figurando como principal motivo os acidentes de transporte, constituindo assim, importante problema de saúde pública(5,13).

O acidente é um evento não intencional que pode ser evitado, que ocorre por acaso e não há padrão de previsibilidade(5). A criança, por sua imaturidade e curiosidade,

vivendo uma intensa fase de crescimento e desenvolvimento, encontra-se muitas vezes sujeita a acidentes(3,11). Segundo estimativas, anualmente para cada 10 mil crianças, 2.500 são vítimas de acidentes, e destas, três morrem em decorrência do evento ocorrido ou por seqüela deste(5).

Mediante a análise da Tabela 3, percebe-se que as microrregiões paraibanas com os maiores índices de mortalidade na infância foram João Pessoa (21,5%), Campina Grande (12,2%) e Litoral Norte (4,9%).

Tabela 3: Distribuição da taxa de mortalidade no estado da Paraíba entre 2007 e 2016, segundo a microrregião. Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

MICRORREGIÃO	N	%
João Pessoa	186	21,5
Campina Grande	105	12,2
Litoral Norte	42	4,9
Guarabira	41	4,7
Serra Teixeira	40	4,6
Catolé do Rocha	39	4,5
Sousa	37	4,3
Itabaiana	33	3,8
Cajazeiras	31	3,6
Sapé	30	3,5
Curimataú Oriental	30	3,5
Brejo PB	28	3,2
Curumataú Ocidental	23	2,7
Cariri Ocidental	23	2,7
Seridó Oriental PB	22	2,5
Cariri Oriental	22	2,5
Litoral Sul PB	21	2,4

artigo

Peixoto, G.R.; Silva, J.P.E.; Pimenta, C.J.L.; Leite, E.S.; Silva, E.N.; Rodrigues, B.A.
Análise do perfil epidemiológico da mortalidade na infância no Estado da Paraíba, Brasil

Patos	21	2,4
Piancó	21	2,4
Umbuzeiro	20	2,3
Itaporanga	17	2,0
Esperança	11	1,3
Seridó Ocidental PB	11	1,3
Ignorado - PB	1	0,1
TOTAL	864	100,0

Fonte: DATASUS, 2018

Em relação à distribuição da taxa de mortalidade segundo a microrregião paraibana, foi observada maior prevalência de óbitos nas microrregiões de João Pessoa, Campina Grande e Litoral Norte, respectivamente. Este achado pode ser explicado por estas serem as mais populosas dentre as demais microrregiões paraibanas, as quais juntas concentram 44,6% da população(23), sendo desta forma, responsáveis pelos maiores números de mortes.

Mediante o exposto, faz-se necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados para identificar e atuar adequadamente diante dos problemas que acometem mais frequentemente as crianças de um a nove anos de idade(24). Nesse sentido, a promoção da saúde nessa população emerge como uma relevante estratégia para a prevenção de óbitos e a redução de sequelas decorrentes de doenças ou agravos, sobretudo através das ações de atenção materno infantil e imunização(11,25).

CONCLUSÃO

Observou-se que a maioria das mortes se concentra no sexo masculino, com idade

entre cinco e nove anos e de cor/raça par-da. As causas externas predominam como principal circunstância dos óbitos, sendo os acidentes de transporte e afogamento os mais frequentes. Quanto às microrregiões paraibanas com índices mais elevados de mortalidade, encontram-se João Pessoa, Campina Grande e o Litoral Norte, sendo também as que apresentam os maiores estratos populacionais.

Nos últimos anos o perfil de mortalidade em crianças vem sofrendo mudanças no Brasil e no mundo, resultando na redução do número de mortes em detrimento das sucessivas melhorias ocorridas ao longo de décadas, através das estratégias de saúde pública embasadas na prevenção e promoção à saúde. O estado da Paraíba vem acompanhando esse processo, mas enfrenta obstáculos presentes mundialmente, como a exclusão social e econômica, os quais são fatores que dificultam o acesso à saúde, deixando as crianças ainda mais vulneráveis, uma vez que estas são consideradas como susceptíveis a agravos e doenças.

A importância deste estudo resulta da

necessidade de políticas voltadas para os principais motivos que levam ao óbito em crianças e que são passíveis de serem sanadas ou reduzidas de forma considerável, através da adoção de medidas que atinjam diretamente essa parte da população, que por estar em fase de crescimento e desenvolvimento, apresenta-se fragilizada. Além disso, cientes das causas mais prevalentes de morte, os profissionais de saúde podem se anteciper às necessidades mais urgentes das crianças que chegam ao pronto socorro e às unidades básicas, intervindo assim, de maneira mais eficiente.

Ao final dessa pesquisa, espera-se que os achados abordados possam colaborar com a adoção de estratégias de prevenção e promoção da saúde de crianças, bem como auxiliar os profissionais e acadêmicos de saúde a terem uma visão mais abrangente da problemática. As limitações do estudo estão relacionadas à utilização de dados secundários, haja vista que a subnotificação dos dados pode dificultar o real conhecimento acerca do perfil epidemiológico da mortalidade em crianças no estado da Paraíba ■

REFERÊNCIAS

1. Santos HG, Andrade SM, Silva AMR, Mathias TAF, Ferrari LL, Mesas AE. Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparações de duas coortes de nascimentos. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [acesso em 28 jun 2018]; 19(3):907-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00907.pdf>.
2. Reichert APS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Child development surveillance: intervention study with nurses of the Family Health Strategy. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2015 [acesso em 28 jun 2018]; 23(5):954-62. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/0104-1169-0272.2636&pid-S0104-11692015000500954&pdf_path=rlae/v23n5/0104-1169-rlae-23-05-00954.pdf&lang=en.
3. Castor C, Landgren K, Hansson H, Kristensson Hallström I. A possibility for strengthening family life and health: Family members' lived experience when a sick child receives home care in Sweden. Health Soc Care Community [Internet]. 2017 [acesso em 28 jun 2018]; 1-8. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12512/epdf>.
4. You D, Hug L, Ejdemyr S, Beise J, Idele P, Mathers C et al. Levels & Trends in Child Mortality [Internet]. 2015 [acesso em 13 jul 2018]. Disponível em: http://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_8_Sept_15.pdf.

REFERÊNCIAS

5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Mortalidade – Brasil [Internet]. 2015. [acesso em 13 jul 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthotm.exe?sim/cnv/obt10pb.def>.
6. Ministério da Saúde (BR). A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Brasília: Editora do Ministério da Saúde [Internet], 2009 [acesso em 15 jul 2018]; 1 (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf.
7. Silva LP, Moreira CMM, Amorim MHC, Castro DS, Zandonade E. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e do Sistema de Informações sobre Mortalidade no período neonatal, Espírito Santo, Brasil, de 2007 a 2009. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 28 jun 2018]; 19(7):2011-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02011.pdf>.
8. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Nevez ET, Toso BRGO, Vieira CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 29 jun 2018]; 67(6):1000-7. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: Ministério da Saúde [Internet], 2004 [acesso em 21 jul 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf.
10. Soratto J, Pires EP, Dornelles S, Lorenzetti J. Family Health Strategy: a technological innovation in health. *Text Context Nursing* [Internet]. 2015 [acesso em 29 jun 2018]; 24(2):584-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/0104-0707-tce-24-02-00584.pdf>.
11. Oliveira CM, Bonfim CV, Guimarães MJB, Frias PG, Medeiros ZM. Infant mortality: temporal trend and contribution of death surveillance. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 29 jun 2018]; 29(3):282-90. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n3/en_1982-0194-ape-29-03-0282.pdf.
12. Gonçalves AC, Costa MCN, Paim JS, Silva LMV, Braga JU, Barreto M. Social inequalities in neonatal mortality and living condition. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2013 [acesso em 29 jun 2018]; 16(3):682-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n3/1415-790X-rbepid-16-03-00682.pdf>.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da Criança. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde [Internet], 2013 [acesso em 20 ago 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina.pdf.
14. Ministério do Planejamento (BR). Objetivos e Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Grupo Técnico para Acompanhamento dos ODM [Internet]. Brasília: DF, 2014 [acesso em 7 ago 2018]. Disponível em: http://www.agenda2030.com.br/biblioteca/140523_relatorioodm.pdf.
15. Lourenço EC, Guerra LM, Tuon RA, Silva SMCV, Ambrosano GMB, Corrente JE et al. Variáveis de impacto na queda da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 15 jun 2018]; 19(7):2055-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02055.pdf>.
16. Vanderlei LCM, Navarrete MLV. Preventable infant mortality and barriers to access to primary care in Recife, Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013 [acesso em 10 ago 2018]; 47(2):1-11. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n2/en_0034-8910-rsp-47-02-0379.pdf.
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2015 [acesso em 21 jul 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
18. Arroyo MG, Saraiva AMA. Algumas questões sobre educação e enfrentamento da pobreza no Brasil. Em Aberto [Internet]. 2017 [acesso em 28 jul 2018]; 30(99):147-58. Disponível em: <http://www.rbep.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/view/3253/pdf>.
19. Li Z, Li M, Subramanian SV, Lu C. Assessing levels and trends of child health inequality in 88 developing countries: from 2000 to 2014. *Glob Health Action* [Internet]. 2017 [acesso em 29 jul 2018]; 10(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29228888>.
20. Krüger C, Heinzl-Gutenbrunner M, Ali M. Adherence to the integrated management of childhood illness guidelines in Namibia, Kenya, Tanzania and Uganda: evidence from the national service provision assessment surveys. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [acesso em 29 jul 2018]; 17(1):822. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2781-3>.
21. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça [Internet]. 2015 [acesso em 12 ago 2018]. Indicadores - Pobreza, distribuição e desigualdade de renda. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_pobreza_distribuicao_desigualdade_renda.html.
22. Soares A, Nascimento TLRG, Pereira TLB, Soares AS, Rodrigues ACM, Dantas NR et al. Evaluation of a risk rating instrument in the reception a Hospital Unit of South Central Ceará. *Int Arch Med* [Internet]. 2016 [acesso em 22 set 2018]; 9(3):1-7. Disponível em: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1436>.
23. Netto A, Silva RMM, Santos MF, Tacla MTGM, Caldeira S, Brischiliari SCR. Mortalidade infantil: avaliação do programa Rede Mãe Paranaense em regional de saúde do Paraná. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 20 set 2018]; 22(1):01-08. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/03/47634-194211-1-PB.pdf>.