



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DOS PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA**

**GETÚLIO RIBEIRO PEIXOTO
JOÃO PAULO EPIFANIO DA SILVA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE EM CRIANÇAS NA PARAÍBA,
NO PERÍODO DE 2003 A 2013**

CAJAZEIRAS – PB

2016

**GETÚLIO RIBEIRO PEIXOTO
JOÃO PAULO EPIFANIO DA SILVA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE EM CRIANÇAS NA PARAÍBA,
NO PERÍODO DE 2003 A 2013**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial obrigatório à obtenção de título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof^a. Ms. Eliane de Sousa Leite

CAJAZEIRAS – PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

P379p Peixoto, Getúlio Ribeiro
Perfil epidemiológico da mortalidade em crianças na Paraíba, no período de: 2003 a 2013. / Getúlio Ribeiro Peixoto; João Paulo Epifânio da Silva. - Cajazeiras: UFCG, 2015.

40f.

Bibliografia.

Orientador (a): Prof. Ms.Eliane de Sousa Leite.
Monografia (Graduação) – UFCG.

1. Epidemiologia. 2. Mortalidade infantil. 3. Paraíba – mortalidade infantil. 4. Sistema de informação em saúde. I. Silva, João Paulo Epifânio da. II. Leite,Eliane de Sousa. III Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616-036.22

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE EM CRIANÇAS NA PARAÍBA,
NO PERÍODO DE 2003 A 2013**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da
Universidade Federal de Campina Grande,
como requisito parcial obrigatório à obtenção
de título de Bacharel em Medicina.

Aprovada em ____/____/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms. Eliane de Sousa Leite
Unidade Acadêmica de Enfermagem UAENF/CFP/UFCG
Orientadora

Prof^ª. Ms. Edineide Nunes da Silva
Unidade Acadêmica de Enfermagem UAENF/CFP/UFCG
Examinadora

Prof^ª Dr^ª. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida UACV/CFP/UFCG
Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho aos nossos pais, que tão abnegadamente cuidaram de nós e nos conduziram em nossa caminhada rumo ao conhecimento e conquistas de nossa vida.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, fonte de sabedoria e provedor em nossas necessidades.

Aos nossos pais e irmãos sempre presentes em nossa caminhada.

Às nossas companheiras, nos ouvindo e ajudando em tantos momentos.

À nossa orientadora Eliane e colaboradora Cláudia que auxiliaram sobremaneira para que esse trabalho fosse possível.

Aos nossos parentes e amigos, por acrescentarem em nossa jornada.

A todos os professores, por compartilharem dos seus conhecimentos.

À banca examinadora, por nos avaliar.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da taxa de mortalidade no Estado da Paraíba entre 2003 e 2013, segundo a faixa etária e o ano do óbito.....	22
Tabela 2	Distribuição da taxa de mortalidade no Estado da Paraíba entre 2003 e 2013, segundo a faixa etária, sexo e cor/raça.....	22
Tabela 3	Distribuição da taxa de mortalidade no Estado da Paraíba entre 2003 e 2013, segundo a faixa etária e o Capítulo do CID-10.....	23
Tabela 4	Distribuição da taxa de mortalidade no Estado da Paraíba entre 2003 e 2013, segundo a faixa etária e a microrregião.....	24

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
CID	Classificação Internacional de Doenças
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IRA's	Infecções Respiratórias Agudas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PNI	Programa Nacional de Imunizações
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a infância

PEIXOTO, Getúlio Ribeiro; SILVA, João Paulo Epifânio. **Perfil epidemiológico da mortalidade em crianças na Paraíba, no período de 2003 a 2013**. 2016. 40p. Trabalho de Conclusão do Curso (Bacharelado de Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2016.

RESUMO

O presente estudo buscou avaliar o perfil epidemiológico da mortalidade em crianças no Estado da Paraíba, no período de 2003 a 2013. Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo ecológico, realizada com dados secundários obtidos a partir do banco de dados online e de acesso livre do Sistema de Informação de Mortalidade, disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando as variáveis ano do óbito, sexo, cor/raça, microrregião e capítulo da Classificação Internacional de Doenças. A população foi composta por crianças de um a nove anos de idade residentes na Paraíba e que foram a óbito no período entre 01 de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2013. Os dados foram analisados por estatística descritiva e distribuídos em gráficos e tabelas, através do programa *Microsoft Office Excel for Windows 2010*, além de serem confrontados com a literatura pertinente a temática estudada. Foram respeitados todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados obtidos evidenciaram um total de 2.869 óbitos no período pesquisado, havendo um maior predomínio de mortes na faixa etária entre um e quatro anos de idade (63,19%), do sexo masculino (55,28%) e de cor/raça parda (56,12%). Observou-se maior prevalência de óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade (22,69%), doenças do aparelho respiratório (13,56%) e sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório (10,91%). Além disso, as microrregiões paraibanas que apresentaram os maiores índices de mortalidade foram João Pessoa (22,55%), Campina Grande (12,86%) e Litoral Norte (5,19%). Ao fim desse estudo 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, uma vez que estas são consideradas como susceptíveis a agravos e doenças. Desta forma, faz-se necessário que os profissionais de saúde, cientes das causas mais prevalentes de morte, possam se antecipar às necessidades mais urgentes das crianças que chegam ao pronto socorro e às unidades básicas, intervindo assim, de maneira mais eficiente.

Palavras-chave: Mortalidade na infância. Perfil epidemiológico. Sistema de informação em saúde.

PEIXOTO, Getúlio Ribeiro; SILVA, João Paulo Epifânio. **Perfil epidemiológico da mortalidade em crianças na Paraíba, no período de 2003 a 2013**. 2016.40p. Trabalho de Conclusão do Curso (Bacharelado de Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2016.

ABSTRACT

The current study aimed to evaluate the epidemiological profile of mortality in children in the state of Paraíba, from 2003 to 2013. It is a ecologic type survey, performed with secondary data obtained from the online database and from free Mortality Information System access, provided by the Department of Information Technology of the Unified Health System, using the variables year of death, sex, race / color, micro-region and chapter of the International Classification of Diseases. The population consisted of children aged one to nine years, living in Paraíba and who died in the period between January 1st 2003 to December 31, 2013. The data were analyzed using descriptive statistics and distributed in graphs and tables, through Microsoft Office Excel for Windows 2010, besides being faced with the pertinent literature on the subject studied. For being used secondary data, available free and gratuitous on the World Wide Web through DATASUS, there was no need for this research to be submitted to the Ethics Committee in Human Beings Research. However, it were respected all the ethical principles established by Resolution No. 466/12 of the National Health Council. The results obtained showed a total of 2,869 deaths in the period surveyed, with a higher prevalence of deaths between the ages of one and four years old (63.19%), male (55.28%) and color / race brown (56.12%). It was observed a higher prevalence of deaths from external causes of morbidity and mortality (22.69%), respiratory diseases (13.56%) and symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings (10.91%). In addition, Paraíba micro-regions that showed the highest mortality rates were João Pessoa (22.55%), Campina Grande (12.86%) and North Coast (5.19%). At the end of this study it was concluded that the State of Paraíba has been following the reduction of infant mortality presented by Brazil, however facing the world present obstacles, such as social and economic exclusion, which are factors that hinder access to health care, leaving the children even more vulnerable, since they are considered to be susceptible to injuries and diseases. Thus, it becomes necessary that health professionals aware of the most prevalent causes of death, can anticipate the most urgent needs of children who come to the emergency room and the basic units, intervening thereby more efficiently.

Keywords: Childhood mortality. Epidemiological profile. Health information system.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	12
2.1	OBJETIVO GERAL.....	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1	MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL E NO MUNDO.....	13
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A CRIANÇA.....	16
4	MÉTODO.....	20
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	20
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	20
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	20
4.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	21
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	21
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	21
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	21
5	RESULTADOS.....	22
6	DISCUSSÃO.....	25
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERÊNCIAS.....	29
	APÊNDICE	
	ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade na infância sempre foi um tema de interesse para os pesquisadores e profissionais da saúde ao longo das décadas, refletindo diretamente as condições socioeconômicas de um país, mediante o desenvolvimento de políticas públicas de promoção, prevenção e melhorias no acesso à saúde (GARCIA; SANTANA, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como infância o período que antecede a adolescência, o qual vai de zero a nove anos (EISENTEIN, 2005). Durante esta fase, deve haver maior atenção por parte de pais e responsáveis, haja vista que na infância ocorre um intenso desenvolvimento do sistema nervoso, tornando as crianças mais vulneráveis às doenças ou a agravos à saúde, dentre os quais, uma grande parcela pode resultar em óbito (LEÃO et al., 2005; SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010).

Dados do Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF) expõem que as maiores taxas de mortalidade na infância estão na África 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 (YOU et al., 2015).

No Brasil, a mortalidade na infância vem apresentando um decréscimo na última década, entretanto, esta ainda se apresenta elevada em todo o país, sendo a Região Nordeste responsável por 45.420 casos, o corresponde a 33,4% do total de óbitos nacional. Dentre os Estados Nordestinos, a Paraíba encontra-se em quinto lugar na taxa de mortalidade na infância, exibindo, nos últimos 10 anos, 2.869 óbitos de crianças, dos quais a maior parte (62,3%) foi registrada na faixa etária entre um e quatro anos (DATASUS, 2015a).

Para se conhecer a mortalidade no Brasil, o Ministério da Saúde 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 mortalidade no país. A partir da criação do SIM, foi possível a captação de dados abrangentes sobre mortalidade, os quais promovem subsídios para as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área (BRASIL, 2009).

Ao longo da trajetória da saúde no Brasil, a assistência à criança sempre foi deficiente, apresentando na primeira metade do século XX, um caráter curativista e individual, sem atenção as medidas de prevenção e promoção da saúde (PEREZ; PASSONE, 2010). 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 (BRASIL, 2004a).

No decorrer da década de 1990, várias iniciativas potencializaram a assistência à saúde da criança, como a criação do Programa Saúde da Família, posteriormente transformado em Estratégia de Saúde da Família, que preconiza a atenção integral aos indivíduos, embasada nos pilares da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (MENDES, 2012). Ainda neste período, foi implantada a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), desenvolvida pela ação conjunta da OMS e UNICEF, visando melhorar a assistência prestada à criança, principalmente nos Estados do Norte e Nordeste do país (CUNHA; SILVA; AMARAL, 2001).

Buscando compreender as características epidemiológicas relacionadas à mortalidade na infância, evidencia-se a importância do uso de ferramentas de notificação como o SIM, as quais possuem uma abordagem valiosa para descobrir aspectos novos de uma determinada situação de saúde e/ou complementar informações já existentes, ou mesmo para, a partir do conhecimento da realidade de saúde, fazer planejamentos.

Assim, justifica-se a relevância desta pesquisa pela necessidade de identificar as principais causas que resultaram em óbitos infantis 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.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o perfil epidemiológico da mortalidade em crianças no Estado da Paraíba, através do banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade, no período de 2003 a 2013.

2.2 Objetivos Específicos

- Mensurar a taxa de mortalidade em crianças na faixa etária entre um e nove anos no Estado da Paraíba;
- Identificar as principais doenças que resultaram em óbito nessas crianças;
- Conhecer as microrregiões que apresentaram o maior número de mortes em crianças no Estado.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Mortalidade Infantil no Brasil e no mundo

A mortalidade infantil e na infância são termos que, embora pareçam semelhantes, apresentam significados distintos. O primeiro é definido como o número de óbitos no primeiro ano de vida para cada mil nascidos vivos, enquanto a mortalidade na infância diz respeito ao número de óbitos ocorridos antes dos cinco anos de idade para cada mil crianças nascidas vivas (PIOLA; VIANNA, 2009).

A taxa de mortalidade infantil é obtida por meio do número de crianças de um determinado local (cidade, região, país, continente) que morrem antes de completar um ano de vida, a cada mil nascidas vivas. Esse dado é 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 (DATASUS, 2015a).

Ao longo dos anos, vem sendo observada uma redução dessas taxas de mortalidade, todavia, os valores apresentados ainda mostram-se preocupantes, sobretudo quando evidencia-se que as principais causas de óbitos são facilmente evitáveis ou tratáveis com intervenções comprovadas e de baixo custo (YOU et al., 2015).

Um estudo realizado em conjunto por membros da Organização das Nações Unidas (ONU) e suas agências, 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 dentre 195 conseguiram atingir as metas estabelecidas pela ONU. 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, verificando ritmo mais acelerado no Nordeste, o qual apresentou redução de 76% entre 1990 a 2011 (BRASIL, 2014; YOU et al., 2015).

Apesar da redução das taxas de óbitos, percebe-se que ainda há valores elevados em relação à mortalidade como consequência da situação de exclusão social em que vive uma parte expressiva da população mundial (VANDERLEI et al., 2011). As condições socioeconômicas estão diretamente relacionadas com a situação da saúde e a falta de condições adequadas de saneamento é uma das principais causas de mortalidade na infância,

deixando as crianças susceptíveis a diversos tipos de infecções (MENDONÇA; MOTTA, 2005; GARCIA; SANTANA, 2011).

As condições de adversidade do ambiente as quais as crianças possam estar submetidas, como a falta de saneamento básico, as afetam de forma particular pela imaturidade do sistema imunológico, deixando-as mais vulneráveis as agressões de agentes infecciosos (VANDERLEI et al., 2011).

As causas externas, classificadas atualmente pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), são os acidentes e violências, responsáveis por traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde (GONSAGA, et al., 2012; SOUSA; NÉTTO, 2010). No Brasil, há uma estimativa de que 16 crianças morrem e 380 são hospitalizadas por causas externas diariamente (SAMPAIO; PESSÔA; AMORIM, 2011). 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 (DATASUS, 2015a).

O acidente é um evento não intencional que pode ser evitado, que ocorre por acaso e não há padrão de previsibilidade (SAMPAIO; PESSÔA; AMORIM, 2011; RIVARA; GROSSMAN, 2009). A criança, por sua imaturidade e curiosidade, vivendo uma intensa fase de crescimento e desenvolvimento, encontra-se muitas vezes sujeita a acidentes (MARTINS; ANDRADE, 2005). 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 (SAMPAIO; PESSÔA; AMORIM, 2011).

Outro tipo de acidente bastante comum entre as crianças é o afogamento, sendo definido, de acordo com o Congresso Mundial de Afogamento realizado em 2002 e pela OMS como o “processo de deficiência respiratória em virtude de submersão ou imersão em líquidos” (SZPILMAN, 2002).

Os acidentes por submersão têm alta morbimortalidade e o afogamento é a principal causa de morte por lesão em crianças. No mundo, mais da metade das mortes por afogamento ocorrem em menores de 14 anos, entretanto, as maiores taxas estão entre os menores de cinco anos (KALLAS, 2009). As mortes por afogamento e submersão não intencionais estão em segundo lugar nas causas externas de morbidade e mortalidade no Estado da Paraíba (DATASUS, 2015a).

Outro grave problema de saúde que apresenta também um elevado índice de mortalidade infantil são as doenças do aparelho respiratório, denominadas de Infecções Respiratórias Agudas (IRA). Estas são doenças cuja etiologia pode ser viral ou bacteriana,

acometem qualquer segmento das vias respiratórias, tendo início há menos de sete dias. Nos países subdesenvolvidos, a mortalidade por IRA chega a ser de 10 a 50 vezes maior do que nos países desenvolvidos. As IRA compreendem diversas síndromes respiratórias e dentre elas, merece destaque a pneumonia, pela sua gravidade e elevada frequência (MARCH, 2011).

Define-se pneumonia como a inflamação do parênquima pulmonar provocada, em sua maior parte, por micro-organismos e, ocasionalmente, por agentes não infecciosos (MARCH, 2011). Tal patologia é responsável por considerável morbidade e mortalidade na infância em todo o mundo, sobretudo em menores de cinco anos. Nos países subdesenvolvidos a incidência de pneumonia eleva-se anualmente, apresentando estimativa de 146 a 159 milhões de novos casos.

Em todo o mundo considera-se que pelo menos 4 milhões de crianças morram de pneumonia (SECTISH; PROBER, 2009). No Brasil a estimativa de acometimento em crianças chega a 4 milhões (UNICEF, 2006) e no Estado da Paraíba, no período entre 2003 e 2013, foram contabilizadas 230 mortes entre indivíduos de até nove anos. Essa doença está incluída no capítulo XVIII da CID e está em terceiro lugar nas causas de morte na Paraíba (DATASUS, 2015b).

Além das patologias citadas anteriormente, existem outras enfermidades que afetam a criança, consideradas como afecções mal definidas, para as quais não há diagnóstico que se enquadre em uma classificação específica, definidas pelo Capítulo XVIII do CID como sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (DATASUS, 2015b).

Ademais, também se observa uma grande prevalência de mortes em crianças causadas por neoplasias (tumores). A neoplasia maligna ou câncer é um complexo de doenças derivado de alterações que podem ser encontradas em uma grande variedade de genes. Tais doenças tem em comum um crescimento acelerado e desorganizado de células, capaz de invadir órgãos e tecidos, determinando a formação de tumores (WORTH, 2009; REIS, 2007). Em meio a gama de categorias de tumores na infância, os linfoematopoéticos merecem destaque, sendo a leucemia correspondente a aproximadamente 40% dos casos (KADAN-LOTTICK, 2009).

As leucemias agudas são doenças do sistema hematopoiético que resultam da transformação maligna de células da linhagem do sangue em algum momento de sua maturação. Representam 30% de todas as neoplasias malignas infantis, sendo o tipo mais comum de câncer na criança, com maior incidência na faixa etária de 3 a 5 anos (LINS,

2011). Em estatísticas gerais, foram verificados no período entre 2001 e 2005, que a mortalidade por neoplasias no Brasil chegou a taxa de 6.703 casos em crianças de um a nove anos de idade (INCA, 2008).

3.2 Políticas públicas de saúde para a criança

Nas últimas décadas houve um avanço considerável na redução da mortalidade infantil e na infância no Brasil, visto que em 1990 a taxa de mortalidade na infância era de 53,7 e passou para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2012. Outros avanços também foram observados neste período, como a diminuição da taxa de mortalidade na infância em ritmo mais acentuado no Nordeste, que era de 87,3 e passou para 20,7 por mil nascidos vivos. Todas estas mudanças são, em parte, produto da melhoria das condições sanitárias e sociais, assim como a implantação de um sistema universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) e uma maior cobertura da atenção básica, em destaque a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2014).

A atenção à criança, até a década de 1920, tinha caráter apenas filantropo, não havendo no Brasil políticas públicas com atenção direcionada a esse público. Com o desenvolvimento industrial surgiram as primeiras atividades de atenção à criança, porém, com caráter puramente curativista e individual, apenas para crianças filhos de trabalhadores do ramo industrial (ARAÚJO, et al., 2014).

O primeiro programa estatal de atenção à criança veio com o Departamento Nacional da Criança, criado pelo presidente Getúlio Vargas em 1940, que tinha como objetivos principais normatizar a assistência à saúde materno-infantil com a realização de programas educativos, formação de profissionais, atenção à imunização, além de assistência técnica e financeira aos estados e municípios (BRASIL, 2011).

Na década de 1970 houve a criação da Política Nacional de Saúde Materno-infantil, inaugurando um modelo de saúde de caráter preventivo, contudo, esta apresentava métodos centralizadores, sem respeitar os regionalismos presentes, culminando em pouco impacto na mortalidade na infância (SILVA, 2006).

Em razão destas características, observou-se a necessidade de uma política de saúde que acompanhasse o desenvolvimento e o crescimento das crianças, visando mudar a assistência à saúde para um modelo integral. Na década de 1980 foi elaborado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que tinha como pilares centrais as ações de imunização básica, incentivo ao aleitamento materno e

orientação alimentar, controle de afecções respiratórias agudas e doenças diarreicas, e acompanhamento profissional do desenvolvimento e crescimento infantil (BRASIL, 2011).

Ainda na década de 1980, houve várias conquistas sociais em relação à saúde, como a elaboração da Constituição Brasileira de 1988 e a criação do SUS, contribuindo substancialmente para a diminuição da mortalidade na infância observada neste período. O SUS representa uma nova abordagem em saúde presente no país, democratizando o acesso aos bens e serviços em saúde, descentralizando a assistência e universalizando o acesso à saúde no Brasil (BRASIL, 2000a).

Neste mesmo período também foram observadas mudanças quanto ao enfrentamento das questões de saúde em relação à população infantil. Historicamente a abordagem aos problemas de saúde da criança eram interligadas à saúde materna por meio do PAISMC, sendo em 1984 implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), o qual tinha em sua estrutura os mesmos objetivos que o PAISMC, porém com atenção voltada à criança (PEREZ; PASSONE, 2010).

Na primeira metade da década de 1990 foi criado o Programa de Saúde da Família, posteriormente transformado em ESF, que efetivamente potencializou a assistência à saúde da criança (ARAÚJO, et al., 2014). A ESF busca romper com o modelo de saúde curativista e centrado na medicalização, para um modelo que busca a promoção e prevenção em saúde, além de buscar maior participação comunitária (MENDES, 2012).

Este modelo propiciou uma maior aproximação entre serviços de saúde e os usuários, com notável melhoria do acesso, tendo, entre outras atividades, o acompanhamento da gestante, atenção ao período do puerpério, atenção às principais patologias da criança, além do acompanhamento do desenvolvimento e crescimento desses indivíduos, influenciando positivamente para a melhoria da situação de saúde na infância encontrada no Brasil (BRASIL, 2000b).

Tem-se observado que a cobertura da ESF está implicada diretamente na melhoria da saúde infantil, haja vista que em municípios com mais de 70% de cobertura, existem 34% menos crianças com baixo peso e a cobertura vacinal é duas vezes melhor. Além disso, foi observado que a cada 10% de aumento na cobertura da ESF, há uma diminuição de 4% na mortalidade infantil (MACINKO et al., 2006).

Ainda na década de 1990 estava sendo observada grande disparidade na comparação das taxas de mortalidade na infância nas Regiões Norte e Nordeste, quando comparadas a outras regiões do Brasil. Neste contexto, foi implantado no ano de 1996 a estratégia de Atenção às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), criada pela OMS em parceria com o

UNICEF, tendo como objetivo reduzir a mortalidade e morbidade associada a agravos, os quais somados correspondem a mais de 70% das mortes em crianças menores de 5 anos no mundo, que são a pneumonia, a diarreia, a desnutrição, o sarampo e a malária (BLACK; MORRIS; BRYCE, 2003; AMARAL, et al., 2008).

Inicialmente a estratégia foi implantada nas Regiões Norte e Nordeste por apresentarem as piores taxas em saúde da criança dentre as regiões brasileiras, sendo posteriormente implantada em todo o Brasil. Vale ressaltar que este modelo de assistência foi remodelado para se adequar à realidade brasileira, incorporando normas do Ministério da Saúde relativas à promoção, prevenção e tratamento das principais patologias inferidas na mortalidade nesta faixa etária. Ademais, tem como principal ferramenta de aplicação a ESF (BRASIL, 2002).

Esta estratégia é formada por três componentes em que atuam diretamente. O primeiro corresponde ao treinamento dos profissionais de saúde sob protocolos padronizados, diagnosticando precocemente afecções prevalentes na infância, assegurando seu tratamento, além de orientar medidas preventivas como a imunização. O segundo componente corresponde às atividades realizadas junto à comunidade com promoção e prevenção em saúde. Por fim, o último componente diz respeito às melhorias da organização dos sistemas de saúde, com suporte de medicamentos, vacinas, materiais educativos além de um sistema de referência de qualidade (VIDAL et al., 2003)

Os avanços em relação ao cuidado à saúde da criança, aliados com as mudanças socioeconômicas observadas no Brasil, influenciaram diretamente na rápida diminuição das taxas de mortalidade observadas nos últimos 20 anos. Vários fatores estão implicados, como a melhoria do acesso à saúde, melhoria da renda média dos brasileiros, programa de imunizações, dentre outros (ALVES, 2003).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, merece destaque o crescimento econômico das últimas décadas e, principalmente, os programas de distribuição de renda, como o Programa Bolsa Família. Entre 2004 e 2009 observou-se uma redução de 20% na taxa de mortalidade infantil no Brasil, chegando a uma queda de 60% nos casos de morte por insuficiência nutricional e problemas respiratórios (RASELLA, et al., 2013).

Outro programa de assistência à saúde para a criança que possui relevância imensurável é o Programa Nacional de Imunizações, que foi criado em 1973 e destaca-se como referência mundial no campo das imunizações em massa, em decorrência das proporções continentais e disparidade socioeconômica dentre diversas regiões brasileiras. Dentre suas conquistas, está a erradicação da febre amarela urbana, varíola, poliomielite,

controle dos casos de sarampo, tétano neonatal, coqueluche, formas graves de tuberculose e rubéola congênita (BRASIL, 2003).

A vacinação é uma ação prioritária em saúde, pois permite o controle e erradicação de doenças imunopreveníveis em uma determinada população. Desde a implantação da ESF, o Brasil vem atingindo níveis desejáveis de cobertura para o esquema básico de até um ano, impactando na diminuição progressiva das internações por doenças respiratórias e outras doenças infectocontagiosas (GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009).

Atualmente como proposta de uma rede de cuidados que aborde a saúde da criança de maneira integral, foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Este modelo reúne um conjunto de estratégias que abordam todos os ciclos de vida da criança, com ênfase à primeira infância (0 a 5 anos) e às populações de maior vulnerabilidade, como crianças com deficiência, indígenas, quilombolas, crianças em situação de rua e ribeirinhas (BRASIL, 2015).

A PNAISC segue os princípios do SUS e é formada por sete eixos estratégicos que norteiam as ações dos serviços de saúde: atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. Este programa se organiza a partir dos princípios e diretrizes do SUS em relação à promoção e prevenção em saúde, garantindo à população infantil o direito à vida e assistência à saúde (BRASIL, 2015).

Destarte, mediante a criação de todas as políticas de saúde voltadas para a criança no Brasil, observa-se uma acentuada melhoria dos indicadores de mortalidade infantil, e isso fortalece o Brasil como um país que se preocupa com as crianças.

4 MÉTODO

4.1 Delineamentos do estudo

A pesquisa é do tipo estudo ecológico onde a unidade de análise são grupos conjuntos, em vez de pessoas individualmente. Esse tipo de estudo de forma geral baseia-se em dados secundários (MENEZES, 1999).

A rapidez e o baixo custo são vantagens do estudo ecológico, bem como a utilidade para levantar hipóteses e avaliar programas de saúde (MENEZES, 1999).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado com dados provenientes do banco de dados do Sistema de Informação e Mortalidade do Estado da Paraíba, disponível no endereço eletrônico <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10pb.def>. O respectivo Estado está localizado no leste da Região Nordeste e compreendendo uma área de 56.469,744 km², dividida entre 223 municípios. A população paraibana é estimada em 3.972.202 habitantes, dentre os quais 605.296 habitantes estão distribuídos na faixa etária entre 0 e 9 anos de idade (IBGE, 2010; IBGE, 2015).

4.3 População e amostra

Para realização do estudo foi considerada a população de crianças residentes no Estado da Paraíba, que foram a óbito no período entre 01 de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2013. De acordo com o Ministério da Saúde, são definidos como crianças os indivíduos entre 0 (zero) e 9 (nove) anos de idade (BRASIL, 2013). Todavia, para este estudo, optou-se por pesquisar apenas as faixas etárias entre 1 (um) e 4 (quatro) e 5 (cinco) e 9 (nove) anos. Isso se deve ao perfil de mortalidade diferente da população menor de 01 ano.

4.4 Procedimentos para coleta dos dados

O estudo foi realizado utilizando dados secundários obtidos a partir do banco de dados online e de acesso livre do SIM, disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS, utilizando as variáveis ano do óbito, sexo, cor/raça, microrregião e capítulo CID-10.

O SIM foi criado pelo Ministério da Saúde e implantado no ano de 1975, sendo o precursor dos atuais sistemas de informação em saúde. O sistema é alimentado por meio da utilização de um modelo padronizado para o registro do óbito, a declaração de óbito (ANEXO), um documento que vem sofrendo diversas modificações ao longo dos anos, com a finalidade de fornecer um maior número de informações e apresentar respostas mais adequadas às variáveis relacionadas ao óbito (BRASIL, 2004b; CALADO FILHO, 2010).

4.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Foi elaborado um instrumento para nortear a coleta dos dados com as seguintes variáveis: ano do óbito, sexo, cor/raça, microrregião e capítulo CID-10) (APÊNDICE). Sendo os dados coletados a partir das informações disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade, uma ferramenta de acesso público e gratuito.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados por estatística descritiva e distribuídos em gráficos e tabelas, através do programa *Microsoft Office Excel for Windows 2010*, além de serem confrontados com a literatura pertinente a temática estudada.

4.6 Aspectos éticos

Na realização do trabalho foram respeitados todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os dados relacionados à taxa de mortalidade na infância entre 2003 e 2013 no Estado da Paraíba, correspondendo a 2.869 óbitos em 10 anos. Foi observado um maior predomínio de mortes na faixa etária entre um e quatro anos de idade, representando 63,19% do total de óbitos.

Tabela 1 - Distribuição da taxa de mortalidade no Estado da Paraíba entre 2003 e 2013, segundo a faixa etária e o ano do óbito.

Ano	Faixa etária				Total	
	1 - 4 anos		5 - 9 anos		n	%
	n	%	n	%		
2003	230	8,02	112	3,90	342	11,92
2004	228	7,95	116	4,04	344	11,99
2005	168	5,86	90	3,14	258	8,99
2006	178	6,20	94	3,28	272	9,48
2007	159	5,54	107	3,73	266	9,27
2008	178	6,20	105	3,66	283	9,86
2009	151	5,26	97	3,38	248	8,64
2010	149	5,19	95	3,31	244	8,50
2011	123	4,29	91	3,17	214	7,46
2012	111	3,87	77	2,68	188	6,55
2013	138	4,81	72	2,51	210	7,32
Total	1.813	63,19	1.056	36,81	2.869	100,0

Fonte: DATASUS, 2015.

Na Tabela 2 estão expostos os dados referentes ao perfil da mortalidade na faixa etária de um a nove anos no Estado da Paraíba entre 2003 e 2013, sendo observado um maior número de óbitos entre crianças do sexo masculino (1.813 óbitos) e de cor/raça parda (1.056 óbitos), correspondendo a 55,28% e 56,12%, respectivamente.

Tabela 2 – Distribuição da taxa de mortalidade no Estado da Paraíba entre 2003 e 2013, segundo a faixa etária, sexo e cor/raça.

Variáveis	Faixa etária				Total	
	1 - 4 anos		5 - 9 anos		n	%
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	960	33,46	626	21,82	1.586	55,28
Feminino	853	29,73	430	14,99	1.283	44,72
Cor/Raça						
Branca	577	20,11	286	9,97	863	30,08
Preta	46	1,60	31	1,08	77	2,68
Amarela	9	0,31	4	0,14	13	0,45
Parda	971	33,84	639	22,27	1.610	56,12

Continua.

Continuação.

Variáveis	Faixa etária				Total	
	1 - 4 anos		5 - 9 anos		n	%
	n	%	n	%		
Cor/Raça						
Indígena	4	0,14	1	0,03	5	0,17
Ignorado	206	7,18	95	3,31	301	10,49
Total	1.813	63,19	1.056	36,81	2.869	100,0

Fonte: DATASUS, 2015.

Em relação à distribuição da taxa de mortalidade no Estado entre os anos de 2003 e 2013, segundo a faixa etária e o Capítulo do CID-10, evidencia-se maior prevalência de óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade (22,69%), doenças do aparelho respiratório (13,56%) e sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório (10,91%), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição da taxa de mortalidade no Estado da Paraíba entre 2003 e 2013, segundo a faixa etária e o Capítulo do CID-10.

Capítulo CID-10	Faixa etária				Total	
	1 - 4 anos		5 - 9 anos		n	%
	n	%	n	%		
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	203	7,08	78	2,72	281	9,79
II. Neoplasias (tumores)	144	5,02	146	5,09	290	10,11
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	79	2,75	17	0,59	96	3,35
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	104	3,62	37	1,29	141	4,91
V. Transtornos mentais e comportamentais	3	0,10	2	0,07	5	0,17
VI. Doenças do sistema nervoso	156	5,44	116	4,04	272	9,48
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	5	0,17	4	0,14	9	0,31
IX. Doenças do aparelho circulatório	83	2,89	54	1,88	137	4,78
X. Doenças do aparelho respiratório	295	10,28	94	3,28	389	13,56
XI. Doenças do aparelho digestivo	32	1,12	21	0,73	53	1,85
XII. Doenças da pele e do tec subcutâneo	5	0,17	3	0,10	8	0,28
XIII. Doenças sist osteomuscular e tecido conjuntivo	3	0,10	6	0,21	9	0,31
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	16	0,56	11	0,38	27	0,94
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	11	0,38	2	0,07	13	0,45
XVII. Malf cong deformide anomalias cromossômicas	145	5,05	30	1,05	175	6,10
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	208	7,25	105	3,66	313	10,91
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	321	11,19	330	11,50	651	22,69
Total	1.813	63,19	1.056	36,81	2.869	100,0

Fonte: DATASUS, 2015.

Mediante a análise da Tabela 4, percebe-se que as microrregiões paraibanas com os maiores índices de mortalidade na infância entre os anos de 2003 e 2013 foram João Pessoa (22,55%), Campina Grande (12,86%) e Litoral Norte (5,19%).

Tabela 4 – Distribuição da taxa de mortalidade no Estado da Paraíba entre 2003 e 2013, segundo a faixa etária e a microrregião.

Microrregião	Faixa etária				Total	
	1 - 4 anos		5 - 9 anos		n	%
	n	%	n	%		
Catolé do Rocha	37	1,29	36	1,25	73	2,54
Cajazeiras	64	2,23	38	1,32	102	3,56
Sousa	72	2,51	46	1,60	118	4,11
Patos	37	1,29	22	0,77	59	2,06
Piancó	41	1,43	21	0,73	62	2,16
Itaporanga	40	1,39	24	0,84	64	2,23
Serra Teixeira	68	2,37	53	1,85	121	4,22
Seridó Ocidental PB	22	0,77	19	0,66	41	1,45
Seridó Oriental PB	33	1,15	28	0,98	61	2,13
Cariri Ocidental	72	2,51	34	1,19	106	3,69
Cariri Oriental	36	1,25	21	0,73	57	1,99
Curumataú Ocidental	54	1,88	36	1,25	90	3,14
Curumataú Oriental	53	1,85	36	1,25	89	3,10
Esperança	30	1,05	12	0,42	42	1,46
Brejo PB	70	2,44	34	1,19	104	3,62
Guarabira	82	2,86	44	1,53	126	4,39
Campina Grande	232	8,09	137	4,78	369	12,86
Itabaiana	61	2,13	41	1,43	102	3,56
Umbuzeiro	34	1,19	26	0,91	60	2,09
Litoral Norte	99	3,45	50	1,74	149	5,19
Sapé	89	3,10	38	1,32	127	4,43
João Pessoa	417	14,53	230	8,02	647	22,55
Litoral Sul PB	68	2,37	29	1,01	97	3,38
Ignorado - PB	2	0,07	1	0,03	3	0,10
Total	1.813	63,19	1.056	36,81	2.869	100,0

Fonte: DATASUS, 2015.

6 DISCUSSÃO

A avaliação da taxa de mortalidade na infância evidenciou que ao longo dos anos houve um decréscimo no número de mortes para as faixas etárias de um a quatro anos e de cinco a nove anos, sendo registrados em 2003 342 mortes, enquanto em 2013, foram 210 mortes, o que corresponde a uma redução de 38,6% em apenas 10 anos.

O Brasil 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 (BRASIL, 2014).

Dentre as Regiões brasileiras, o Nordeste apresentou um decréscimo ainda mais evidente. 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. Apesar de ainda ser um número elevado, principalmente se comparado a outras regiões do Brasil, estes valores mostram uma notável melhoria nos indicadores de saúde (BRASIL, 2014).

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, principalmente, à Estratégia Saúde da Família, mediante a realização de atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças, dentre elas a vacinação. 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 (BRASIL, 2015; SILVA; TENÓRIO, 2008).

O Estado da Paraíba vem acompanhando esse processo, porém se encontra inserido no contexto nordestino, enfrentando ainda obstáculos 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 (BRASIL, 2015).

Em relação ao perfil das crianças que foram a óbito entre 2003 e 2013, foi identificada uma maior prevalência do sexo masculino e da cor/raça parda. Esses achados corroboram com a média de mortalidade geral brasileira, haja vista que no período de 2003-2013 a taxa de óbitos masculinos foi de 57,4% e no Estado da Paraíba esse valor correspondeu a 55,6% (DATASUS, 2015a).

Sobre a cor/raça, houve predomínio de óbitos entre crianças declaradas como pardas, algo que pode ser explicado, a princípio, pelo elevado número destas viverem em situação de pobreza extrema ou em precárias condições de vida (VANDERLEI et al., 2011). Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2015), em 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.

Além disso, 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 2003 e 2013 a mortalidade geral foi maior entre indivíduos pertencentes a essa cor/raça, correspondendo a 59,0% (81.023 mortes), um valor bem acima do encontrado na Região Nordeste e no Brasil no mesmo período de tempo (56,9% e 31,4%, respectivamente) (DATASUS, 2015a).

Mediante a análise da Tabela 3, observou-se que as principais causas de mortes em crianças de um a nove anos na Paraíba entre os anos de 2003 e 2013, foram relacionadas a causas externas de morbidade e mortalidade, doenças do aparelho respiratório e sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório.

Dados semelhantes foram evidenciados por estudo (MARTINS; ANDRADE, 2005) realizado em Londrina - PR, o qual identificou que as causas externas foram as maiores causadoras de mortes na infância, sobretudo os acidentes de transporte (44,4%), afogamento (16,7%) e aspiração de conteúdo gástrico (11,1%), sendo atribuídas, segundo as autoras, à imaturidade, curiosidade e intenso crescimento e desenvolvimento vivido nesta fase, o que torna as crianças mais propensas a acidentes.

Em relação aos acidentes de transporte, medidas como a reeducação no trânsito são fundamentais para a diminuição do número de óbitos na faixa etária estudada, tornando-se imprescindível o estabelecimento de uma vigilância mais efetiva para a circulação de veículos e de uma punição mais severa para os infratores, sobretudo em relação à utilização do cinto de segurança e ao uso adequado da cadeirinha no banco traseiro (MALTA et al, 2009).

A segunda maior causa de mortes em crianças paraibanas foram as IRAs, o que, conforme explicitam Alvim e Lasmar (2009), são frequentes em nosso cotidiano e compreendem os resfriados comuns, faringoamigdalites, otites, sinusites e pneumonias. Dentre os fatores de risco associados às doenças respiratórias em crianças menores de cinco anos, merecem destaque o baixo peso ao nascer, a desnutrição, a falta ou curta duração do aleitamento materno, a ausência de imunização, a contaminação do ar doméstico e a baixa renda familiar (PRIETSCH et al., 2013).

As afecções do trato respiratório representam uma preocupação para os governantes em todo o mundo, haja vista que nos Estados Unidos estas são a terceira causa mais comum de morte em lactentes, e no Canadá correspondem a segunda maior causa, chegando a 12,5 mortes para cada mil crianças com menos de um ano de idade (MATSUMOTO, 2006). No Brasil, estudo (FERREIRA et al., 2004) realizado em Caxias do Sul - RS evidenciou que este grupo de doenças é a terceira principal causa de mortalidade em crianças menores de cinco anos na cidade.

Os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório encontram-se em terceiro lugar entre as causas de mortes na faixa etária de um a nove anos no Estado da Paraíba, apresentando 313 óbitos (10,91%) no período de 2003 a 2013, dos quais 144 foram causados por falta de assistência médica. Tal fato apresenta-se como um problema de saúde pública, visto que é inadmissível a ocorrência desses óbitos diante da existência de inúmeras ações e programas governamentais destinados à atenção à saúde da criança, principalmente a ESF, formada por uma equipe multiprofissional que deve atuar junto à comunidade visando a promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças (CAMPOS et al., 2010).

Em relação à distribuição da taxa de mortalidade no Estado entre 2003 e 2013 segundo a faixa etária e a microrregião, 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 (IBGE, 2010), 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, além de promoverem ações e estratégias que visem a prevenção de óbitos e a redução de sequelas, demandando assim, uma reorganização dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção (SOARES et al., 2016).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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.

No presente estudo foi verificada no Estado da Paraíba a taxa de mortalidade entre os anos de 2003 a 2013 segundo a faixa etária de um a nove anos e os principais motivos relacionados aos óbitos. Percebe-se que a maioria das mortes se concentra entre os menores de um a quatro anos, com predominância do sexo masculino. Durante os anos verificados observou-se uma redução significativa no perfil geral de mortalidade entre as crianças pesquisadas.

As causas externas predominam como causa principal dos óbitos, sendo os acidentes de transporte e afogamento os mais relevantes, seguida pelas doenças do aparelho respiratório, destacando-se a pneumonia. 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.

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 antecipar 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.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. Integralidade na assistência à criança: a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa de Saúde da Família. **Rev Pediatría SOPERJ**. v. 4, n. 2, p. 18-24, 2003.
- ALVIM, C. G.; LASMAR, L. M. L. B. F. **Saúde da criança e do adolescente: doenças respiratórias**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2009. 88p.
- AMARAL, J. J. F. et al. Implementação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Nordeste, Brasil. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 598-606, 2008.
- ARAÚJO, J. P. et al. História da Saúde da Criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**. v. 67, n. 6, p. 1000-7, 2014.
- BLACK, R. E.; MORRIS S. S.; BRYCE, J. Where and why are 10 million children dying every year? **The Lancet**. v. 361, n. 28, p. 2226-34; 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000a.
- _____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família. Caderno 1: Implantação da unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000b.
- _____. Ministério da Saúde. Série especial de educação e comunicação em saúde. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI**. Curso de capacitação. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: 30 anos**. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. 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; 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família**. Brasília: Brasília; 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **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, 2009. 2. v. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. **Resolução 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. 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; 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina.pdf>. Acesso em: 25 Set. 2015.

_____. Ministério do Planejamento. Objetivos e Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Grupo Técnico para Acompanhamento dos ODM. Brasília: DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 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). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 21 Jan. 2016.

CALADO FILHO, M. A. L. **Evolução da Mortalidade Infantil no Município de Garanhuns/PE no período de 1998 a 2007**. 2010. 44f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2010.

CAMPOS, D. et al., Uso da autópsia verbal na investigação de óbitos com causa mal definida em Minas Gerais, Brasil. **Cad Caúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1221-1233, 2010.

CUNHA, A. L. A.; SILVA, M. A. F.; AMARAL, J. A estratégia de “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI” e sua implantação no Brasil. **Rev Pediatr Ceara.** v. 2, n. 1, p. 33-8, 2001.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Mortalidade – Brasil.** 2015a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10pb.def>>. Acesso em: 07 Nov. 2015.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Capítulo XVIII sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99).** 2015b. Disponível em : <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/r00_r99.htm>. Acesso em: 28 Nov. 2015.

EISENTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc Saude.** v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.

FERREIRA, J. et al. Mortality due respiratory diseases in children under five years of age at the city of Caxias do Sul from 1996 to 2001. **Rev AMRIGS.** Porto Alegre, v. 48, n. 4, p. 243-7, 2004.

GARCIA, L. P.; SANTANA, L. R. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 16, n. 9, p. 3717-28, 2011.

GONSAGA, R. A. T. et al., Avaliação da mortalidade por causas externas. **Rev Col Bras Cir.** Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 263-7, 2012.

GUIMARÃES, T. M.; ALVES, J. G.; TAVARES, M. M. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 868-76, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico do Brasil.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>> Acesso em: 25 Set. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estados.** Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=25&search=paraiba>>. Acesso em: 25 Set. 2015.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Câncer da criança e do adolescente no Brasil:** dados dos registros de base populacional e

de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA; 2008. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_crianca_adolescente_brasil.pdf>. Acesso em: 20 Jan. 2016.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça**. 2015. Indicadores - Pobreza, distribuição e desigualdade de renda. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_pobreza_distribuicao_desigualdade_renda.html>. Acesso em: 20 Jan. 2016.

KADAN-LOTTICK, N. S. Epidemiologia do câncer na infância e adolescência. In: KLIEGMAN, R. B. et al. **Nelson, Tratado de Pediatria**. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 2103-6

KALLAS, H. J. Lesão por afogamento e quase afogamento. In: KLIEGMAN, R. B. et al., **Nelson, Tratado de Pediatria**. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 438-449.

LEÃO, E. et al. **Pediatria ambulatorial**. 4. ed. Coopmed: Belo Horizonte; 2005.

LINS, M. Leucemias. In: FIGUEIRA, F. **Pediatria**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2011. p. 1348-54.

MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil. **Journal of Epidemiologic Community Health**. v. 60, n. 1, p. 13-9, 2006.

MALTA, D. C. et al. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos: Brasil, 2006 a 2007. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 14, n. 5, p. 1669-79, 2009.

MARCH, M. F. B. P. Pneumonias agudas. In: FIGUEIRA, F. **Pediatria**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2011. p. 1448-58.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Causas externas entre menores de 15 anos em cidades do sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v. 8 n. 2, p. 194-204, 2005.

MATSUMOTO, W. C. **Terapia Intensiva Pediátrica**, 3. ed. São Paulo: Editora Ateneu; 2006.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 07 Nov. 2015

MENDONÇA, M. J. C.; MOTTA, R. S. Saúde e saneamento no Brasil. IPEA: Texto para discussão n. 1081. Rio de Janeiro, abril de 2005.

MENEZEZ, A. M. B. Curso de epidemiologia básica para pneumologistas. 2ª parte-tipos de delineamentos epidemiológicos. *Jornal de Pneumologia*, São Paulo, v.25, n4, p.216, jul/dez.1999.

PEREZ, J. R. D.; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cad Pesqui.** v. 40, n. 140, p. 649-73, 2010.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (org.). Saúde no Brasil; algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Estado de uma nação: textos de apoio.** IPEA: Textos para discussão n. 1391. 2009. 85p.

PRIETSCH, S. O. M. et al., Doença respiratória em menores de 5 anos no sul do Brasil: influência do ambiente doméstico. **Rev Panam Salud Pública.** v. 13, n. 5, p. 303-10, 2013.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The lancet.** v. 382, n. 9886, p. 57-64, 2013.

REIS, A. **Tudo sobre Câncer.** INCA - Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em: 21 Jan. 2016.

RIVARA, F. P.; GROSSMAN, D. Controle de traumatismos. In: KLIEGMAN, R. B. et al., **Nelson, tratado de pediatria.** 18 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 366-75.

SAMPAIO, M. J. A. Q.; PESSÔA, Z. F. C.; AMORIM, M. L. P. Acidentes na criança e no adolescente In: FIGUEIRA, F. **Pediatria.** 4. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2011. p. 61-2.

SANTOS, M. E. A.; QUINTÃO N. T.; ALMEIDA, R. X. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Esc Anna Nery (impr.).** v. 14, n. 3, p. 591-8, 2010.

SECTISH, T. C.; PROBER, C. G. In: KLIEGMAN, R. B. et al. **Nelson, Tratado de Pediatria**. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 1801-6.

SILVA, J. S. A. TENÓRIO, T. G. S. **Mortalidade infantil**: avaliação do perfil epidemiológico no Município das Correntes – PE, no período de 1997 a 2007. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2008. 35f.

SILVA, M. A. Política de saúde para crianças: apontamentos para a atuação da enfermagem. In: GAÍVA, M. A. M. **Saúde da criança e do adolescente**: contribuições para o trabalho de enfermeiros(as). Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso; 2006. p. 9-28.

SOARES, A. et al., Evaluation of a risk rating instrument in the reception a Hospital Unit of South Cental Ceará. **International Archives of Medicine**. v. 9, n. 3, p. 1-7, 2016.

SOUSA, S. P. O.; NÉTTO, O. B. S. Acidentes e violências causam 700 mil internações e gastos de R\$ 900 milhões. **Observatório epidemiológico**: publicação Científica do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CEUT, ano 13, ed. 29, 2010.

SZPILMAN, D. Afogamento: a participação do Brasil no Congresso Mundial. **Atualidades da AMIB**. n. 25, 2002. Disponível em:
<http://www.szpilman.com/new_szpilman/szpilman/ARTIGOS/Materia%20do%20congresso%20mundial%20de%20afogamento%20na%20Holanda.pdf>. Acesso em: 20 Jan. 2016.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a infância. **Pneumonia**: The forgotten killer of children. 2006. Disponível em:
<http://www.childinfo.org/files/Pneumonia_The_Forgotten_Killer_of_Children.pdf>. Acesso em: 22 Jan. 2016.

VANDERLEI, et al., In: FIGUEIRA, F. Morbidade e mortalidade na infância. **Pediatria**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2011. p. 18-23.

VIDAL, A. S. et al. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. **Rev Bras Saude Matern Infant**. v. 3, n. 2, p. 205-13, 2003.

WORTH, L. L. Biologia molecular e celular do câncer. In: KLIEGMAN, R. B. et al. **Nelson, Tratado de Pediatria**. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009; p. 2106-10.

YOU, D. et al., **Levels & Trends in Child Mortality**. 2015. Disponível em:
<http://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_8_Sept_15.pdf
>. Acesso em: 07 Nov. 2015.

APÊNDICE

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Ano do óbito

- 2003 2004 2005 2006 2007 2008
 2009 2010 2011 2012 2013

Faixa etária 1 - 4 anos 5 - 9 anos

Sexo Masculino Feminino

Cor/Raça

- Branca Preta Amarela Parda Indígena Ignorado

Capítulo do CID - 10

- I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
 II. Neoplasias (tumores)
 III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
 IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
 V. Transtornos mentais e comportamentais
 VI. Doenças do sistema nervoso
 VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide
 IX. Doenças do aparelho circulatório
 X. Doenças do aparelho respiratório
 XI. Doenças do aparelho digestivo
 XII. Doenças da pele e do tec subcutâneo
 XIII. Doenças sist osteomuscular e tecido conjuntivo
 XIV. Doenças do aparelho geniturinário
 XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal
 XVII. Malf cong deformide anomalias cromossômicas
 XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat
 XX. Causas externas de morbidade e mortalidade

Microrregião

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Catolé do Rocha | <input type="checkbox"/> Seridó Oriental | <input type="checkbox"/> Campina Grande |
| <input type="checkbox"/> Cajazeiras | <input type="checkbox"/> Cariri Ocidental | <input type="checkbox"/> Itabaiana |
| <input type="checkbox"/> Sousa | <input type="checkbox"/> Cariri Oriental | <input type="checkbox"/> Umbuzeiro |
| <input type="checkbox"/> Patos | <input type="checkbox"/> Curimataú Ocidental | <input type="checkbox"/> Litoral Norte |
| <input type="checkbox"/> Piancó | <input type="checkbox"/> Curimataú Oriental | <input type="checkbox"/> Sapé |
| <input type="checkbox"/> Itaporanga | <input type="checkbox"/> Esperança | <input type="checkbox"/> João Pessoa |
| <input type="checkbox"/> Serra Teixeira | <input type="checkbox"/> Brejo | <input type="checkbox"/> Litoral Sul |
| <input type="checkbox"/> Seridó Ocidental | <input type="checkbox"/> Guarabira | <input type="checkbox"/> Ignorado |

ANEXO

DECLARAÇÃO DE ÓBITO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I	Cadastro	1) Causa	Código	2) Registro	3) Data	
		4) Município	5) UF	6) Cemitério		
II	Identificação	7) Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> 1 - natural <input type="checkbox"/> 2 - não natural	8) Causa Óbita	9) HIC	10) Nacionalidade	
		11) Nome do falecido		12) Nome da mãe		
		14) Data de nascimento	15) Idade	16) Sexo	17) Raça/cor	
		18) Estado civil	19) Escolaridade	20) Ocupação habitual e centro de atividade		
III	Residência	21) Especificar (Rua, praça, avenida etc.)	Código	Número	Complemento	
		22) Bairro/Distrito	Código	23) Município de residência	Código	
IV	Domicílio	24) Local de ocorrência do óbito	25) Estabelecimento	Código		
		26) Endereço do estabelecimento, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	CEP	
V	Idade ou menor que 1 ano	27) Bairro/Distrito	Código	28) Município de ocorrência	Código	
		29) PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS PEDIÁTRICOS E DE PRENHEIRAS DE 1 ANO (INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE)		30) Ocupação habitual e centro de atividade da mãe	31) Número de filhos vivos	
VI	Condições e causas do óbito	32) Idade	33) Escolaridade	34) Ocupação habitual e centro de atividade da mãe	35) Número de filhos vivos	
		36) Direção da gravidez (360 graus)	37) Tipo de gravidez	38) Tipo de parto	39) Morte em relação ao parto	
		40) ÓBITOS EM MULHERES		41) ASSISTÊNCIA MÉDICA		
		42) DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR		43) Causa?		44) Resposta?
VII	Mortuário	45) CAUSAS DA MORTE		46) Morte decorrente de diagnóstico prévio		
		47) PARTE I		48) PARTE II		
VIII	Causas externas	49) Nome do médico		50) CRM	51) O médico que assinou o atestado?	
		52) Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)		53) Data do atestado	54) Assinatura	
IX	Localidade e método	55) PRINCIPAIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL		56) Acontecimento epidemiológico		
		57) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência		58) Fonte de informação		

Verbo (0000-01)



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª Via - Secretaria de Saúde

Declaração de Nascimento Nº _____

I	Celular	(1) Cidade _____ Código _____ (2) Região _____ (3) Data _____ (4) Município _____ UF _____
II	Local de Ocorrência	(1) Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outro estabelecido <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 5 - Ignorado
		(2) Estabelecimento _____ Código _____ (3) Endereço da ocorrência, se fora do estabelecido, ver da residência da mãe (rua, praça, avenida, etc) _____ Número _____ Complemento _____ CEP _____ (4) Bairro/Cidade _____ Código _____ (5) Município de ocorrência _____ Código _____ UF _____
III	Mãe	(1) Nome da mãe _____ (2) RG _____ (3) Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteira <input type="checkbox"/> 2 - Casada <input type="checkbox"/> 3 - Viúva <input type="checkbox"/> 4 - Sep. Judicial <input type="checkbox"/> 5 - Ignorado
		(4) Residência da mãe (5) Residência atual da mãe (6) Logradouro _____ Número _____ Complemento _____ CEP _____ (7) Bairro/Cidade _____ Código _____ (8) Município _____ Código _____ UF _____
IV	Gestação e parto	(1) Duração da gestação em semanas _____ Semanas <input type="checkbox"/> 2 - Ignorado (2) Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 2 - Gêmeos <input type="checkbox"/> 3 - Tripl. ou mais <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado
		(3) Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 - Normal <input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado
		(4) Número de consultas de pré-natal _____ <input type="checkbox"/> 5 - Ignorado
V	Nascimento	(1) Nascimento: Data _____ Hora _____ (2) Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado
		(3) Índice de Apgar 1º minuto _____ 2º minuto _____ (4) Peso ao nascer _____ uncial
		(5) Deletada alguma informação completa ou erro de transcrição? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado Qual? _____ Código _____
VI	Identificação	(1) Pedágio emitido de mãe _____ (2) Pedágio de criança _____
		Responsável pelo preenchimento: (1) Nome _____ (2) Função _____ (3) Município _____ (4) Orgão Emissor _____ (5) Data _____
VII	<p>ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO O Registro de Nascimento é obrigatório por lei. Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.</p>	