



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE INFANTIL EM UM
MUNICÍPIO PARAIBANO NO PERÍODO DE 2008 A 2012

JEFFERSON GOMES DE ABREU

CAJAZEIRAS – PB

2014

JEFFERSON GOMES DE ABREU

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE INFANTIL EM UM
MUNICÍPIO PARAIBANO NO PERÍODO DE 2008 A 2012**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª. Ms. Edineide Nunes da Silva

CAJAZEIRAS – PB

2014

JEFFERSON GOMES DE ABREU

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE INFANTIL EM UM
MUNICÍPIO PARAIBANO NO PERÍODO DE 2008 A 2012**

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Ms. Edineide Nunes da Silva
(Orientadora – UFCG/UAENF/FSM)

Prof^ª. Ms. Maria Soraya Pereira Franco
(MEMBRO – UFCG/ETSC)

Prof^ª. Ms. Eliane de Sousa Leite
(MEMBRO – UFCG/UAENF)

CAJAZEIRAS – PB

2014

Dedico à meus amados pais, principalmente a minha mãe Núbia Caldas de Abreu, pelo apoio incondicional, por ser a razão da minha garra e determinação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir, abençoar e iluminar sempre toda a minha trajetória neste curso, por permitir-me superar dificuldades e realizar sonhos, como este trabalho.

A meus pais Núbia e José, pelo apoio, incentivo, ensinamentos fundamentais, carinho e amor. Agradeço por mesmo com toda dificuldade sempre investirem na minha educação. A meu irmão pelos momentos descontraídos que passamos juntos, pois isso me incentivou a continuar meu caminho.

A toda minha família, por acreditar em mim, apoiar sempre. Em especial minhas tias Eclivaneide e Elza, que sempre me ajudaram.

A minha namorada Thaynara, pela presença constante e apoio, por ajudar nas horas mais difíceis.

A minha orientadora Edineide Nunes, pela confiança, amizade e dedicação dispensada ao meu trabalho, pelos grandes ensinamentos construídos e por sempre trabalhar de forma ética e responsável. Agradeço pela contribuição e pelo modo atencioso de corrigir meus erros e de lapidar as minhas ideias, tornando possível a execução deste trabalho.

A todos os professores da Universidade Federal de Campina Grande, por todo o aprendizado passado durante todos esses anos. De modo especial as professoras mestres Maria Soraya Pereira Franco e Eliane de Sousa Leite pela disponibilidade de participar de minha banca, bem como as grandes contribuições advindas deste processo. A professora Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias pelo seu empenho na condução da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso.

Ao meu grande amigo André Junior (*in memoriam*), por torcer sempre por mim, pelos conselhos nas horas difíceis, por ajudar sempre que precisei.

Aos colegas de turma, pelos ensinamentos compartilhados, pelo convívio durante todo o curso.

A todos que sempre estiveram comigo nessa caminhada, os meus mais sinceros agradecimentos.

*"Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há os que lutam toda a vida.
Esses são os imprescindíveis."*

Bertolt Brecht.

ABREU, Jefferson Gomes de. **Perfil epidemiológico da mortalidade infantil em um município paraibano no período de 2008 a 2012**. 2014. 63 páginas. Monografia, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2014.

RESUMO

A mortalidade infantil é entendida como indicador de saúde, bem como um parâmetro de mensuração do desenvolvimento de uma população de determinada região, país, estado ou município, sendo seus índices utilizados na concepção do Índice de Desenvolvimento Humano, refletindo a qualidade de vida de um povo. Neste contexto, esta pesquisa objetiva: identificar o perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de Cajazeiras, Paraíba no período de 2008 a 2012; conhecer as causas de mortalidade infantil a partir da base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade; avaliar as informações maternas e sua relação com a mortalidade infantil. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, exploratório, documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando fonte de dados secundários. A coleta de dados foi realizada no banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade implantado no setor de informática da 9ª Gerência Regional de Saúde situada no referido município. A população do estudo foi composta por 2.228 óbitos notificados no município de Cajazeiras-PB no período de 2008 a 2012, sendo a amostra constituída de 115 óbitos infantis. Os dados foram transcritos para um instrumento elaborado a partir da Declaração de Óbito e após leitura estes foram consolidados, agrupados em tabelas e gráficos, em seguida foram tratados mediante a estatística descritiva simples e analisados à luz de literaturas pertinentes a temática. Os resultados apontam que há um predomínio da mortalidade neonatal com 67% dos óbitos, quanto à idade em relação ao óbito 45% dos recém-nascidos são prematuros com menos de 36 semanas de gestação. No tocante ao peso verificou-se que 46% nasceram com menos de 2.500 gramas e 36% pelo parto cesáreo. As principais causas de mortalidade foram às afecções do período perinatal com 61%, seguido das malformações congênitas com 14% e doenças Infeciosas Parasitárias com 10%. No tocante a idade materna 32% estão entre 21 a 30 anos, quanto à escolaridade, constatou-se que somente 4% possui o nível superior completo. Destarte, os resultados obtidos, permitiu-nos evidenciar que existe a necessidade impetuosa de repensar as políticas e práticas de saúde materno-infantil a nível local, para além disto, o estudo aponta a necessidade de se investir em melhorias na qualidade de vida da população como um todo, uma vez que a mortalidade infantil é um indicador de condições de vida e saúde pública e, na realidade estudada muitas variáveis que favoreceram a mortalidade infantil estão associadas a causas evitáveis e/ou passíveis de intervenção.

Palavras- chaves: Epidemiologia. Mortalidade Infantil. Sistemas de informação.

ABREU, of Jefferson Gomes. Epidemiological profile of infant mortality in the city of Cajazeiras, Paraíba in the period 2008-2012. 2014. 63 pages. Monograph, Bachelor of Nursing , Academic Unit of Nursing , Federal University of Campina Grande, PB Cajazeiras, 2014.

ABSTRACT

Infant mortality is understood as an indicator of health, as well as a parameter of measuring the development of a population of a given region, country , state or city, being its indexes used in the conception of the Human Development Index , reflecting the quality of life of people. Thus, this research aims to: identify the epidemiological profile of infant mortality in the city of Cajazeiras , Paraíba in the period 2008-2012 ; know the causes of infant mortality from the database of the Mortality Information System ; evaluate information maternal and their relation to infant mortality . This is an epidemiological, cross-sectional, exploratory , documentary and retrospective study with a quantitative approach , using secondary data source . Data collection was realized in the database of the Information System about mortality deployed in the department of the data processing of 9^o Gerência Regional de Saúde located in said city . The population of the study was composed of 2,228 deaths reported in the city of Cajazeiras -PB in the period from 2008 to 2012, the sample consisted of 115 infant deaths. Data were transferred to an instrument designed from the Death Certificate and after reading these were consolidated, grouped in tables and graphs then were treated by simple descriptive statistics and analyzed in the light of the relevant thematic literature. The results show that there is a predominance of neonatal mortality with 67 % of deaths for age in relation to death 45 % of newborns are premature under 36 weeks gestation. With respect to the weight it was found that 46 % were born less than 2,500 grams and 36% by caesarean section. The main causes of death were diseases of the perinatal period with 61 %, followed by congenital malformations with 14 % and Infectious, Parasitic diseases with 10 %. Concerning maternal age 32 % are between 21 and 30 years, in terms of schooling, it was found that only 4 % have completed higher education. Therefore, the results obtained allowed us to show that there is a fiery need to rethink the policies and practices of maternal and child health at the local level, furthermore, the study indicates a need to invest in improvements in quality of life of population as a whole, since infant mortality is an indicator of living conditions and public health and, in fact studied many variables that favored child mortality are associated with preventable and / or amenable to intervention causes.

Keywords: Epidemiology. Infant Mortality. Information systems.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Dados de especificação dos óbitos	34
Tabela 02 - Distribuição das causas de óbitos	35
Tabela 03 - Dados de identificação materna	37
Tabela 04 – Distribuição de dados relativos à gravidez e parto	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Distribuição da idade de ocorrência do óbito	32
Gráfico 02 – Distribuição do peso em relação ao óbito	33
Gráfico 03 – Distribuição de semanas gestacionais	39

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil
DN – Declaração Sobre Nascidos Vivos
DO – Declaração de Óbito
DIP's – Doenças Infecciosas e Parasitárias
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
HRC – Hospital Regional de Cajazeiras
HUJB – Hospital Universitário Júlio Bandeira
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IRA's – Infecções Respiratórias Agudas
MS – Ministério da Saúde
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC – Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança
PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PSF – Programa Saúde da Família
RN's – Recém-nascidos
SAMU – Serviço Móvel de Urgência e Emergência
SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS's – Sistemas de Informação em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 GERAL	17
2.2 ESPECÍFICOS	17
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1 MORTALIDADE INFANTIL	19
3.2 FATORES E CAUSAS DA MORTALIDADE INFANTIL	20
3.3 MORTALIDADE NEONATAL E PÓS – NEONATAL.....	23
3.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE.....	24
3.5. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA.....	25
4 METODOLOGIA	27
4.1 TIPO DE ESTUDO	28
4.2 LOCAL DA PESQUISA	28
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	29
4.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	29
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	30
4.6 ANÁLISE DE DADOS	30
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	31
6 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	53
ANEXOS.....	62

Durante as últimas décadas, uma das principais metas em saúde é a redução dos óbitos em menores de um ano de idade graças às políticas e estratégias implantadas isto tem sido observado de forma acentuada em diversos países. A mortalidade infantil é utilizada como indicador de saúde, e também compreendida como parâmetro de desenvolvimento de uma população de determinada região, país, estado ou município, sendo seus índices utilizados na concepção do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), refletindo a qualidade de vida desta população. (KOLLING, 2011).

A mortalidade infantil pode ser segmentada em neonatal e pós-neonatal. É considerada mortalidade neonatal, todos os óbitos ocorridos até o 27º dia de vida, podendo ser dividida em neonatal precoce, quando ocorre no intervalo de 0 a 06 dias de vida, e neonatal tardia, quando ocorre do 7º ao 27º dia de vida. Já a mortalidade pós-neonatal, refere-se aos óbitos de recém-nascidos ocorridos entre o 28º dia de vida até um ano de idade incompleto. (MEDRONHO *et al*, 2009).

No Brasil, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) vem apresentando tendência contínua de queda (de 47,1 /1.000 nascidos vivos para 19,3/1.000 nascidos vivos de 1990 a 2007), no entanto, ainda se encontra em nível muito elevado se comparada a países desenvolvidos (4/1.000 nascidos vivos) e em desenvolvimento como Chile, Argentina, Uruguai e Cuba. Estes índices são considerados incompatíveis com o desenvolvimento do país e evidenciam que há sérios problemas a serem superados, como por exemplo, as constantes desigualdades regionais, que são identificadas pela concentração dos óbitos na população mais pobre, além das discriminações relacionadas a determinados grupos sociais. (UNICEF, 2008; BRASIL, 2009a).

A redução da mortalidade infantil no Brasil foi possível graças à adoção de diversas ações, entre as quais se destacam: aumento da cobertura vacinal da população e introdução de novas vacinas; utilização da terapia de reidratação oral; aumento da cobertura do pré-natal; ampliação dos serviços de saúde; redução contínua da fecundidade; melhoria das condições ambientais e nutricionais da população; aumento da taxa de escolaridade das mães; e aumento das taxas de aleitamento materno. (BARRETO *et al*, 2007; OLIVEIRA *et al*, 2007).

Uma das formas de monitorar a mortalidade infantil no Brasil é através dos dados produzidos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS), que utilizam-se de instrumentos como a Declaração de Óbito (DO) e Declaração sobre Nascidos Vivos (DN) para registrar, monitorar e avaliar a situação epidemiológica dos óbitos e nascimentos no país. (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

Apesar da redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) brasileiro, ainda persistem diferenças consideráveis relativas à mortalidade infantil entre regiões, estados e municípios, visto que o Brasil é um país muito extenso, possuidor de grandes desigualdades sociais, que dificultam o acesso da população a bens e serviços de saúde.

Considerando este contexto, o interesse pela temática surgiu a partir das aulas da disciplina saúde da criança, mediante o estudo das políticas voltadas a essa população, e posteriormente vivências no Estágio Curricular Supervisionado I, realizado na Estratégia de Saúde da Família, onde percebeu-se que as políticas voltadas às crianças ainda passam por muitas dificuldades em sua implementação, resultando em lacunas no acompanhamento da saúde infantil, o que certamente possui implicações frente a mortalidade infantil. E por fim, destaca-se o fato do local de pesquisa ser em um município do alto sertão da Paraíba, região considerada pobre, onde certamente residem fragilidades relativas aos serviços de saúde e a prestação de cuidados à criança.

A realização desta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de Cajazeiras, no intuito de identificar suas principais causas, bem como as repercussões da saúde materna sobre o óbito infantil. Destarte, acreditamos que este estudo possui relevância, partindo do princípio de que estudar sobre mortalidade é de certo modo, avaliar a qualidade dos serviços de saúde, assim como a qualidade de vida e acessibilidade da população aos serviços de saúde, sendo de fundamental importância o conhecimento sobre a mortalidade infantil, para que se possa, a partir de então, planejar e implementar ações e estratégias que possibilitem o seu controle.

2.1 Geral

- Identificar o perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de Cajazeiras, Paraíba no período de 2008 a 2012.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as causas de mortalidade infantil a partir da base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade;
- Avaliar as informações maternas e sua relação com a mortalidade infantil.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 MORTALIDADE INFANTIL

As crianças menores de um ano de idade pertencem a um grupo populacional muito vulnerável às condições de vida. Este primeiro ano se apresenta como um período de maturação de seus sistemas fisiológico e imunológico tornando-as suscetíveis à mortalidade. (MEDRONHO *et al*, 2009).

A mortalidade infantil é um dos principais indicadores de saúde, uma vez que permite medir a qualidade de vida de uma população, avaliar o nível de desenvolvimento e o acesso aos serviços de saúde. Assim, se considera de grande importância conhecer o seu perfil, pois isso favorece o desenvolvimento de estratégias que possibilitem o seu controle. (FISCHER, 2007).

As características da mortalidade infantil em determinada região, podem ser resultantes da correlação de fatores presentes nos diferentes contextos da sociedade, tais como social, biológico, econômico, político, entre outros. A identificação da especificidade de cada um desses fatores é complexa e constitui-se como um grande desafio. (BIGUELINI; GUERRA, 2010. p. 16.).

A situação econômica da mãe, o nível de escolaridade e outros fatores influenciam no índice de mortalidade. Segundo Duarte (2007) a mortalidade infantil apresenta relações já bem estabelecidas na literatura com uma série de fatores: condições biológicas maternas e infantis tais como: idade da mãe, paridade, intervalo entre os partos, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo no crescimento intra-uterino, etc. Condições ambientais: existência dos serviços de saúde e da acessibilidade da população a eles, abastecimento de água potável e saneamento básico adequados, poluição, etc. E, fundamentalmente, as relações sociais que organizam a vida concreta das pessoas: moradia, trabalho, renda, nível de informação, proteção social, etc.

A mensuração da mortalidade infantil reflete a efetividade de intervenções governamentais no âmbito da saúde pública e sofre influência direta de modelos socioeconômicos adotados por um país. Portanto, a análise de suas variações geográficas e temporais pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas à saúde infantil, representando importante instrumento de acompanhamento da qualidade dos serviços de saúde. (RIPSA, 2008).

A taxa de mortalidade infantil caiu muito nas últimas décadas no Brasil, graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a

outros fatores que contribuíram para que os óbitos infantis diminuíssem de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010. (IBGE, 2010).

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) mede o risco das crianças que nasceram vivas morrerem antes de completar um ano de idade. Esse coeficiente é composto pela soma dos coeficientes de mortalidade infantil precoce (até 28 dias de vida) e mortalidade infantil tardia (faixa etária de maiores de 28 dias de vida até imediatamente antes de completarem 01 ano de vida). A base utilizada, por convenção, é 1.000 (103) e unidade de referência é nascido vivo. Portanto, o cálculo da CMI constitui-se do: Número de óbitos de menores de um ano de idade em uma localidade e ano, dividido pelo número de nascidos vivos nesta localidade e ano vezes 1.000. (ALEXANDRE, 2012).

3.2 FATORES E CAUSAS DA MORTALIDADE INFANTIL

Estudos realizados nas últimas décadas apontam para a necessidade de pesquisar as associações entre vários fatores e a mortalidade infantil, considerando que o conhecimento dos fatores que estão relacionados aos óbitos evitáveis possibilita planejar intervenções mais adequadas às necessidades de grupos populacionais mais vulneráveis. Tais estudos ajudam a identificar o conjunto de determinantes desses óbitos, os grupos em risco e as necessidades de saúde de subgrupos populacionais, permitindo a programação de possíveis intervenções para a redução da mortalidade infantil. (SILVA *et al.*, 2006; JOBIM; AERTS, 2008).

Constata-se que a taxa de mortalidade infantil reduziu consideravelmente no Brasil, mas ainda é preciso mais investimentos a este respeito. Mendonza-Sassi, *et al.*, (2007) apontam que mesmo havendo políticas públicas voltadas para às crianças e mulheres, muitos são os fatores que influenciam negativamente a gestação e o nascimento da criança favorecendo a mortalidade infantil. Por outro lado, fatores como o acesso à informação, aos serviços de saúde e o esclarecimento dos direitos reprodutivos, podem garantir uma participação muito mais ativa da mulher durante todo o processo de atenção no pré-natal e puerpério, sendo este um aspecto muito positivo.

As condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, são as mais importantes causas das desigualdades em saúde e referem-se como determinantes sociais da saúde. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). A situação sócio-econômica tem uma influência muito forte no CMI, uma vez que existindo vulnerabilidade às condições de vida e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, esta geralmente é causada pelas desigualdades regionais relacionadas ao local onde o indivíduo está inserido, bem como todo o contexto social

desfavorável, tornando o primeiro ano de vida um dos períodos de maior risco de morte. (BIGUELINI; GUERRA, 2010).

Em muitos países, as quedas das taxas de mortalidade são motivadas, pelo menos em parte, pelo desenvolvimento socioeconômico, como o progresso na educação das mulheres, no rendimento familiar e nas condições ambientais (disponibilização de água potável, saneamento e habitação), além de uma melhor qualidade dos serviços de saúde e da nutrição infantil. (OMS, 2005). No caso do Brasil, Lansky *et al.* (2007) apontam que nas últimas décadas, a queda da mortalidade infantil, com maior ênfase na componente pós-neonatal, pode ser atribuída a fatores relacionados com a melhoria da educação das mulheres, queda da fecundidade, ampliação do acesso à água tratada e ao esgotamento sanitário, acesso à assistência à saúde e ao desenvolvimento da tecnologia, como a reidratação oral, imunização e outras.

A idade materna também é um dos fatores que exerce influência, uma vez que de acordo com BRASIL (2006a), a idade materna menor que 15 anos e maior que 35, é um fator de risco para a gestação e posterior mortalidade da criança. No estudo de coorte realizado no Nepal por Sharma, *et al.* (2008), que relaciona a jovem idade materna e os riscos de mortalidade neonatal, verificou-se que o baixo peso da criança ao nascer, nascimento pré-termo e menor idade gestacional foram altamente significativos em mulheres de idades jovens. Mais da metade das crianças nascidas de mulheres de 12 a 15 anos tinham baixo peso ao nascer e 34,5% das crianças morreram no período neonatal.

A educação da mãe é um importante determinante da mortalidade infantil, pois capacita a mulher no sentido de prevenir, reconhecer e providenciar o tratamento de doenças. A baixa escolaridade materna pode levar a situações de risco, uma vez que mães com escolaridade menor tendem a ter mais filhos do que mães com escolaridade maior. Um estudo realizado na cidade de Passo Fundo/RS por Geib *et al.* (2010), apontou que mães cuja escolaridade era inferior a oito anos, conferiram aos filhos um risco 5,7 vezes maior de morte antes de completar o primeiro ano de vida, quando comparado com mães de escolaridade superior a oito anos.

O peso ao nascer é também um dos fatores que influenciam a mortalidade infantil. Nos países desenvolvidos, devido ao avanço tecnológico dos cuidados obstétricos e neonatais, a probabilidade de sobrevivência na idade infantil de um recém-nascido com baixo peso é maior. Ao contrário, em países em desenvolvimento, como os da África Subsaariana, devido à inadequada ou limitada assistência médica, a probabilidade de sobrevivência no primeiro ano

de vida de uma criança recém-nascida com baixo peso ao nascer é muito menor. (ELSHIBLY; SCHMALISCH, 2008).

Silva *et al.* (2006) no estudo retrospectivo feito no município brasileiro de Maracanaú verificaram que os nascidos vivos com peso inferior a 2500 gramas apresentaram maior risco de mortalidade, quando comparados com os nascidos vivos com peso de 2500 gramas ou mais. Esse comportamento foi também verificado no modelo multivariado, pois notaram que os nascidos vivos com baixo peso ao nascer apresentaram o risco de mortalidade infantil três vezes maior, quando comparado com riscos associados a nascidos vivos de peso igual ou superior a 2500 gramas.

As características da área de residência também são consideradas como determinantes da mortalidade infantil e afetam indiretamente, assim como as condições do saneamento básico e o acesso aos serviços de saúde. As mulheres que residem em área urbana têm mais facilidade ao acesso de recursos para a saúde das crianças. Maydana; Serral; Borrell (2009) apontam que ao estudar a mortalidade infantil não se deve concentrar apenas na sua associação com a assistência médica, com as condições socioeconômicas e com disponibilidade dos recursos: é preciso também observar a correlação existente com o nível de saneamento básico, as condições habitacionais e a educação.

Outro fator de grande relevância para a redução da mortalidade infantil é a assistência prestada a gestante durante o período gravídico puerperal, neste contexto, a OMS (2005) afirma que a atenção ao parto é de extrema importância para monitorar a mulher durante o período de gestação, reduzindo os riscos de mortalidade materna e infantil, prematuridade perinatal, representando igualmente uma importante oportunidade para identificar ameaças à saúde do recém-nascido, bem como para fazer aconselhamento sobre nutrição, preparação para o parto, competências inerentes à maternidade e à paternidade e opções de planejamento familiar após o nascimento.

O número de consultas pré-natais realizadas pelas gestantes depende de fatores como as condições socioeconômicas e facilidades de acesso a esses serviços. Oliveira *et al.* (2007), estudando fatores associados à mortalidade infantil no município brasileiro de Ribeirão Preto, notaram que a mortalidade durante o primeiro ano de vida estava mais ligada às diferenças de qualidade e de acesso à assistência médica. Lima; Rodrigues; Machado (2009) observaram em seu estudo sobre diferenciais de mortalidade infantil no Brasil, que o atendimento pré-natal foi estatisticamente significativo para a componente neonatal. E notou que essa variável perdia estatisticamente a sua significância para a componente neonatal precoce, após a inclusão de controles por variáveis relacionados à atenção ao parto.

3.3 MORTALIDADE NEONATAL E PÓS- NEONATAL

A mortalidade infantil é constituída por dois períodos distintos, formados por fatores causais diferentes com importância variada conforme a situação epidemiológica da área em análise. O primeiro período, chamado mortalidade infantil neonatal, é constituído pelas mortes ocorridas nos primeiros dias de vida (até a criança completar 27 dias). Este componente neonatal pode ser dividido ainda em precoce (0 a 6 dias) e tardio (7 a 27 dias). Nas primeiras semanas de vida, os agravos decorrentes das condições da gestação e nascimento predominam como causas da mortalidade. O segundo período da mortalidade infantil envolve os óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida e o momento em que a criança completa um ano, sendo denominado de mortalidade infantil tardia, ou pós-neonatal. (KOLLING, 2011).

Os óbitos perinatais (óbitos fetais: com mais de 500g ou 22 semanas de gestação; óbitos neonatais precoces: ocorridos com até seis dias completos de vida), representam um grave problema de saúde materno-infantil, pois estão relacionados a uma complexa interação dos determinantes proximais, relacionados com as variáveis biológicas da mãe e do recém-nascido, com os determinantes intermediários representados pela assistência pré e perinatal e os distais em que os fatores sócio-econômicos são os mais importantes, pois estão relacionados com a dificuldade de acesso da gestante a assistência pré-natal adequada. (AQUINO *et al*, 2007; BRASIL, 2009b).

A morte neonatal é considerada um evento sanitário de alerta, pois reflete a qualidade dos serviços de saúde oferecidos a população. O óbito neste período relaciona-se também com a estruturação de outros serviços de saúde de vários níveis de complexidade, e, por essa razão, a queda da TMI neonatal é mais lenta e difícil mesmo nos países desenvolvidos, pois não depende somente da assistência básica. (CRUZ, 2005).

De acordo com Malta; Duarte (2007), Oliveira; Gama; Silva (2010) apesar da constatação da queda da mortalidade infantil nos últimos anos, decorrente, sobretudo da mudança das condições de vida e saúde da população infantil, mesmo com a presença de grandes desigualdades regionais, e da queda mais expressiva no componente pós-neonatal, continua sendo importante o monitoramento dos determinantes dos óbitos pós-neonatais nos países em desenvolvimento. Apesar da tendência mundial e nacional de declínio do componente pós-neonatal (28 a 364 dias de vida), a TMI continua elevada, pois sua redução encontra obstáculos no componente neonatal (zero a 27 dias de vida completos), os investimentos realizados na gravidez de alto risco, acabam por diminuir a mortalidade fetal e

propiciam o deslocamento destes óbitos para o período neonatal precoce, contribuindo para a manutenção das taxas de mortalidade infantil. Esse cenário reflete as desigualdades sociais, a cobertura e a qualidade da assistência à saúde. (FRÉU *et al.*, 2008).

Conforme o Ministério da Saúde, o Brasil assumiu junto com outros países o compromisso de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que foi proposto às nações pela OMS no ano de 2000. Ao todo 191 países assinaram o acordo, que prevê a redução da mortalidade infantil em 75% até 2015. Duarte (2007) relata que a partir do intuito de reduzir a mortalidade infantil, desde a década de 90 mesmo antes da meta proposta pelos ODM, muitas ações programáticas foram implementadas no país, a saber: Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, Programa Nacional de Imunizações, o Programa Nacional de Aleitamento Materno, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, dentre outros. Tais programas e estratégias desencadearam maior impacto na redução da mortalidade pós-neonatal, com pouca repercussão no componente neonatal, devido as suas características intrinsecamente ligadas aos determinantes sociais.

3.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE

O Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, foi oficialmente instituído no Brasil em meados da década de 70 e sua implantação ocorreu de forma gradual, diante da necessidade de suprir as falhas do sistema do registro civil do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) além de possibilitar o conhecimento do perfil epidemiológico da mortalidade, no país. Possui como principal instrumento de coleta de dados a Declaração de Óbito (DO), unificada no território nacional. Apesar de ter sido instituída no momento da criação do SIM, a DO só passou a ser de uso obrigatório para alimentação no sistema no ano 2000, através da Portaria GM/MS nº 474/2000, substituída posteriormente pela Portaria GM/MS nº 20/2003. (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

Na atualidade o SIM é um dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS's) utilizado para o pacto de gestão que regulamenta a implementação das diretrizes operacionais dos pactos pela saúde e seus desdobramentos para o processo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como para monitoramento de indicadores e metas. (BRASIL, 2006b).

Autores como Costa e Frias (2011) apontam que as estatísticas de mortalidade são uma importante ferramenta para o planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde. Os dados produzidos por este sistema possibilitam o acesso às informações sobre as características sociais, demográficas e epidemiológicas dos óbitos, em âmbito nacional.

Entretanto, para que as análises realizadas a partir de dados provenientes do SIM reflitam a realidade local, são necessários boa cobertura, regularidade e adequado preenchimento das DO's. (HARAKI; GOTLIEB; LAURENTI, 2005; SOARES; HORTA; CALDEIRA, 2007).

A DO é composta de três vias autocopiativas, prenumeradas sequencialmente, fornecida pelo Ministério da Saúde e distribuída pelas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde conforme fluxo padronizado para todo o país. Além da sua função legal, os dados de óbitos são utilizados para conhecer a situação de saúde da população e gerar ações visando a sua melhoria. Para tanto, devem ser fidedignos e refletir a realidade. Deste modo, o referido instrumento tem dois objetivos principais: o primeiro é o de ser o documento padrão para a coleta das informações sobre mortalidade, que servem de base para o cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil; o segundo, de caráter jurídico, é o de ser o documento hábil, conforme preceitua a Lei dos Registros Públicos– Lei 6.015/73, para lavratura, pelos Cartórios de Registro Civil, da Certidão de Óbito, indispensável para as formalidades legais do sepultamento. (BRASIL, 2009c).

3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA

A história social da criança ao decorrer do tempo é repleta de desvalorização, abusos e maus tratos, contudo, ao longo do tempo esta realidade foi se modificando e as crianças foram ganhando seu espaço na sociedade, passando a ser crianças e adolescentes com direitos assegurados mundialmente pela convenção dos direitos humanos e pelos protocolos facultativos reafirmados pelo Brasil na Constituição Federal (1988) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) instituído pela Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 que promoveu mudanças significativas em relação à legislação anterior, o chamado Código de Menores, instituído em 1979. O ECA trata-se de um conjunto de normas que tem como objetivo proteger a integridade da criança e do adolescente no Brasil, diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde para os membros assistidos. (BRASIL, 2011).

Foi lançado, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), “que propõe ações voltadas à sua integralidade, equidade e abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital” (CARDOSO, 2008, p. 147). O programa objetivava concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações

dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de 5 anos. Entre suas diretrizes básicas, destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil. (BRASIL, 2011). No ano de 2002 o Ministério da Saúde lança o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança, para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. O documento expressa a adoção de medidas para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, enfocando a garantia de direito da população e cumprimento de dever do Estado. (BRASIL, 2002a).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) foi lançado como estratégia de enfrentamento às dificuldades nas condições de saúde experimentadas pela população infantil, especificamente no que se refere à sobrevivência, tendo em vista, as elevadas taxas de mortalidade infantil da época. Suas principais ações foram: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; controle das diarreias e desidratação; controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA's); prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações; assistência ao recém-nascido. (BRASIL, 2011).

Em 1990, durante o Encontro Mundial de Cúpula pela Criança, o Brasil assinou, juntamente com mais de 160 países, a "Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança". Os líderes mundiais pactuaram o compromisso em trabalhar em benefício da saúde e dos direitos das mães e da população infantil, bem como combater a desnutrição, analfabetismo e a erradicar as doenças que vinham causando a morte de milhões de crianças a cada ano. (BRASIL, 2002b).

Ainda na década de 90, surgiu uma proposta de programa ancorado a pessoas pertencentes à comunidade, que por sua vez executassem ações educativas e preventivas, resultando na formação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Logo depois como estratégia de reorientação do modelo assistencial com base na atenção primária, sob os princípios do SUS, surge em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Tal programa expandiu o acesso aos serviços de saúde com influência imediata sobre a saúde infantil. (BRASIL, 2009a). A atenção adequada no pré-natal e parto e ao recém-nascido pode reduzir a mortalidade neonatal. Um pré-natal adequado propicia a prevenção e o tratamento de doenças maternas; promove o manejo nutricional adequado à gestante; propicia vacinação contra o tétano; e permite o aconselhamento materno e a detecção precoce de fatores que poderão contribuir para o adoecimento e a morte dos bebês. (ARAÚJO; BOZETTI; TANAKA, 2000).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, exploratório, documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando fonte de dados secundários.

Segundo Griep (2011) a pesquisa epidemiológica é empírica, baseada na coleta sistemática de informações sobre eventos ligados à saúde de uma população definida, bem como na quantificação destes eventos. O estudo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição. As pesquisas da natureza exploratória têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias.

Na pesquisa documental a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois. Utilizando essas três variáveis - fontes escritas ou não; fontes primárias ou secundárias; contemporâneas ou retrospectivas. Enquanto que a abordagem quantitativa utiliza-se de técnicas estatísticas, informações numéricas e amostras amplas para classificação e análise da pesquisa, avaliando a importância, o risco, a gravidade e a propensão a agravos e ameaças através da quantificação. (LAKATOS; MARCONI, 2003).

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O referido estudo foi realizado no município de Cajazeiras- PB, por se tratar do local de residência, estudo e trabalho dos pesquisadores, cidade do alto sertão paraibano, que se localiza a 477 km da capital – João Pessoa-PB, ocupa uma área de 565,8 km², a população do município de Cajazeiras está estimada em 60.612 habitantes conforme dados do último censo do IBGE (2013). No que se refere a saúde, este município sedia a 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado (9ª GRS), sendo responsável pela jurisdição de 14 outros municípios localizados em seu entorno geográfico. No âmbito dos serviços de saúde, o município possui atualmente um hospital, denominado de Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), bem como um hospital infantil, o Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), 16 Equipes de Saúde da Família, além de policlínica, Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), dentre outros.

A coleta de dados foi realizada no banco de dados do SIM implantado no setor de informática da 9ª GRS situada no referido município, os dados foram coletados após autorização da gerente de saúde, mediante assinatura do termo de autorização para pesquisa em banco de dados (Apêndice IV).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é um conjunto de elementos, objetos ou informações que possui pelo menos uma característica comum, e sobre os quais queremos obter informações. Amostra é um subconjunto finito representativo, retirado da população escolhida segundo métodos adequados. (FALCO, 2008). A população do estudo foi composta por 2.228 óbitos notificados no município de Cajazeiras-PB no período de 2008 a 2012. A amostra constitui-se de 115 óbitos infantis, segundo dados contidos no relatório de consolidação da base de dados do SIM, disponibilizado para consulta pública no site do DATASUS (2013).

4.3 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

O instrumento de coleta constitui-se de um formulário específico elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados da Declaração de Óbito (Apêndice III). O instrumento elaborado contempla 10 variáveis, referentes ao recém nascido e às mães assim distribuídas: idade do óbito, peso, sexo, tipo do óbito, causa do óbito, idade da mãe, escolaridade, número de semanas gestacionais, tipo de gravidez, tipo de parto, favorecendo deste modo, o alcance dos objetivos propostos neste estudo. Para a elaboração do formulário foram respeitados os seguintes critérios de inclusão.

4.4.1 Critérios de inclusão:

- Relatório de Declarações de Óbitos exclusivas de óbitos infantis.
- Declaração de Óbito óbitos infantis ocorridos no intervalo de tempo compreendido entre os anos 2008 a 2012.
- Relatórios de óbitos preenchidos com pelos menos 50% dos dados.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de março do corrente ano após anuência do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria. Para a concessão da coleta de dados foi encaminhado um ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) à 9ª GRS e Coordenação Municipal do programa Rede Escola, explicando os objetivos do estudo, o caráter científico e a relevância social da pesquisa, bem como solicitando à autorização para os pesquisadores realizarem a coleta de dados no banco de dados do SIM. Após o deferimento, foi feito o agendamento de uma visita ao setor de informática da 9ª GRS e somente após a leitura, aceite e assinatura do Termo de autorização para utilização do banco de dados (Apêndice IV) por parte da gerente regional de saúde nos autorizando o acesso ao banco de dados do SIM é que a coleta de dados foi iniciada.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Por se tratar de uma pesquisa documental com abordagem quantitativa, inicialmente foi feita uma leitura e análise preliminar dos dados contidas no relatório sobre mortalidade infantil do município de Cajazeiras relativo ao período de 2008 a 2012, a fim de possibilitar uma organização adequada dos dados, bem como a sua transcrição para o instrumento específico. Após esta etapa, realizou-se a consolidação dos dados, e partir de então estes foram tratados mediante a estatística descritiva simples, disponibilizados em tabelas e gráficos e analisados à luz de literaturas pertinentes a temática.

4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO

Esta pesquisa respeitou em todas as suas etapas de investigação as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, além do atendimento aos preceitos da bioética: justiça, equidade, beneficência e não-maleficência (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi registrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa - SISNEP e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Faculdade Santa Maria - FSM, sob parecer Nº 615.732.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta parte do trabalho compõe-se da análise e discussão dos dados obtidos durante o estudo acerca da mortalidade infantil no município de Cajazeiras – PB no período de 2008 a 2012, espaço de tempo onde foram notificados no SIM o quantitativo de 2.286 óbitos, dos quais 115 estão associados à mortalidade infantil, sendo estes últimos o objeto de estudo desta pesquisa. Para uma melhor compreensão da temática, a análise dos dados apresenta-se distribuída em três partes: a primeira relacionada à identificação dos óbitos, a segunda as causas de mortalidade infantil, enquanto que a terceira relaciona-se aos dados maternos e sua repercussão frente à mortalidade infantil.

5.1 Dados de identificação dos óbitos

Os dados do gráfico 01 apontam a distribuição de óbitos por idade, através do qual é possível constatar que houve o registro de óbitos ocorridos em horas, dias, meses e anos após o nascimento. Contudo, verificou-se o predomínio da mortalidade neonatal uma vez que respectivamente 15% e 52% dos óbitos ocorreram com horas e dias após o nascimento, enquanto que houve uma baixa incidência de óbitos infantis, ocorridos em crianças maiores de um ano com apenas 5% do total de óbitos.

Gráfico 01 – Distribuição da idade de ocorrência do óbito, Cajazeiras, 2014



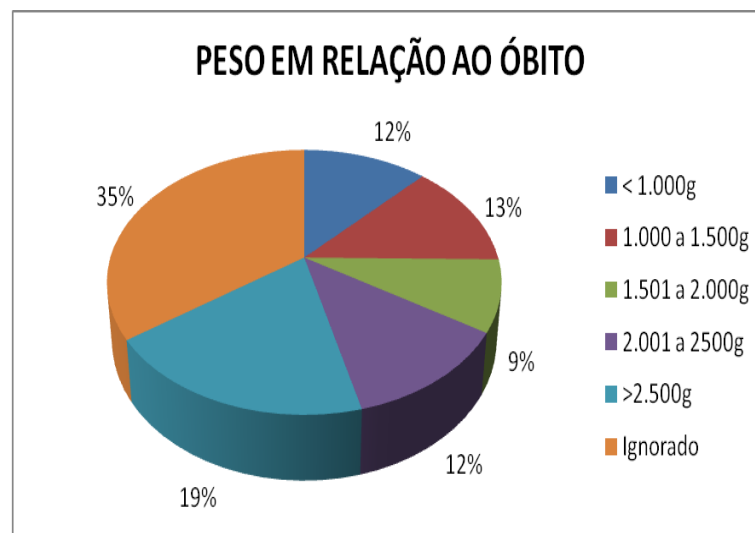
Fonte: dados da pesquisa/2014.

Autores como Soares e Menezes (2010), afirmam que a mortalidade nos primeiros dias de vida expressa a complexa conjunção de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais, esses últimos associados à atenção à gestante e ao recém-nascido. Deste modo,

cabe considerar a necessidade de se aperfeiçoar a nível local, as políticas públicas voltadas à atenção do binômio mãe-filho, com ênfase para o pré-natal, objetivando deste modo a melhoria na qualidade da assistência a gestante e ao recém-nascido, o que certamente repercutirá na diminuição da mortalidade neonatal tão evidente no município de Cajazeiras durante o período estudado.

O ganho de peso intra-uterino é condição ímpar para o processo de crescimento e desenvolvimento do feto constituindo-se como fator primordial para a determinação do peso ao nascer. Nos países em desenvolvimento, o nascimento de crianças com peso inferior a 2.500g é considerado um grave problema de saúde pública, aspecto que faz do peso ao nascer o determinante mais importante da morbidade e mortalidade infantil (SANTOS, THOMAZ; ROCHA, 2005). Em relação a este indicador, os dados do gráfico 2, indicam que 46% dos óbitos ocorreu em crianças menores de 2.500g, apenas 19% possui peso superior a 2.500g, enquanto que 35% dos óbitos tiveram o registro de peso ignorado. Verifica-se que houve o predomínio do nascimento e óbito de crianças com peso inferior a 2.500g, e isto se configura como um importante fator de risco para a mortalidade infantil.

Gráfico 02 – Distribuição do peso em relação ao óbito, Cajazeiras, 2014



Fonte: dados da pesquisa/2014.

Ao correlacionar a variável anterior (idade do óbito) com o peso em relação ao óbito, sugere-se que há entre elas uma estreita relação, visto que em virtude do predomínio da morte neonatal, a tendência é que o recém-nato apresente baixo peso ao nascimento.

Um achado preocupante que se identifica no gráfico 02 e na maioria de outras variáveis estudadas é o alto índice de dados ignorados, o que nos leva a crer que há subnotificações de dados e isto certamente influencia do modo negativo na qualidade das informações, havendo, portanto, a necessidade urgente dos gestores refletirem sobre esta questão no intuito de implementar estratégias de enfrentamento e melhorias no processamento das informações em saúde. A este respeito Cunha; Campos e França (2011), afirmam que a subnotificação de eventos e a proporção de causas mal definidas de óbito além do preenchimento incorreto ou incompleto da DO, resultam em variações impróprias na qualidade das informações sobre mortalidade disponíveis.

Objetivando uma melhor compreensão dos óbitos, variáveis como sexo e tipo de óbito foram agrupadas na tabela 01. No tocante ao sexo, houve um discreto predomínio de óbitos em crianças do sexo masculino com 60%, este achado corrobora com o estudo de Assis; Machado; Rodrigues (2008), no qual afirmam que crianças do sexo masculino têm maior probabilidade de morrer no período neonatal, devido à maior fragilidade do recém-nascido masculino no primeiro ano de vida.

Tabela 01 – Dados de especificação dos óbitos, Cajazeiras, 2014

Variáveis	F	%
Sexo		
Feminino	46	40
Masculino	69	60
Tipo de óbito		
Não Fetal	113	98
Ignorado	02	02
TOTAL	115	100

Fonte: dados da pesquisa/2014.

No tocante ao tipo de óbito, houve o predomínio do óbito não fetal com 98% dos achados associado ao alto índice de óbito neonatal apresentado anteriormente. A este respeito o Ministério da saúde aponta que essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde. (BRASIL, 2009b).

5.2 Principais causas da mortalidade infantil

A tabela 02 apresenta a distribuição das causas de óbitos, a partir de seus dados, percebe-se que as afecções perinatais (Capítulo XVI da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)) representam o principal grupo de causas de óbito infantil no município de Cajazeiras – PB com 61% do total, seguido das malformações congênitas (Capítulo XVII da CID-10) com 15%. Outras causas de morte também foram encontradas neste estudo, contudo, em menor escala, dentre elas destacam-se: algumas doenças infecciosas e parasitárias com 10%, sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte com 04%, dentre outras.

Tabela 02 – Distribuição das causas de óbitos, Cajazeiras, 2014

Variáveis	F	%
P00 - P96: Algumas afecções originadas no período perinatal	70	61
Q00 – Q99: Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	17	15
A00-B99: Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11	10
R00-R99: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	05	04
J00-J99: Doenças do aparelho respiratório	04	03
I00-I99: Doenças do aparelho circulatório	04	03
K00-K93: Doenças do aparelho digestivo	01	01
G00-G99: Doenças do sistema nervoso	01	01
N00-N99: Doenças do aparelho geniturinário	01	01
C00-D48: Neoplasias (tumores)	01	01
TOTAL	115	100

Fonte: dados da pesquisa/2014.

As afecções perinatais se configuram como o principal achado de causa de morte infantil no município de Cajazeiras, esta realidade corrobora com o estudo realizado por Cavalcante (2010) na cidade de Recife-PE onde as afecções perinatais também se mostram como principais causas de mortalidade infantil. A este respeito o Ministério da Saúde aponta que as taxas de mortalidade infantil especialmente no Norte e Nordeste, não alcançaram a mesma redução que a taxa de mortalidade infantil global na última década e apresentam as afecções perinatais como a principal causa do óbito infantil, estando diretamente relacionada à inadequação ou inexistência de acompanhamento pré-natal e capacidade de resolução no âmbito hospitalar. (BRASIL, 2012b).

Caldeira *et al.* (2005) afirmam que as altas proporções de óbitos por infecções perinatais constitui sinal de alerta, uma vez que esses óbitos estão associados a interrupção precoce da gravidez ou ao crescimento intra-uterino retardado sinalizando para um deficitário acompanhamento de pré-natal.

As malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, constituíram-se a segunda principal causa de mortalidade infantil desta pesquisa com 15% dos óbitos. Na visão de Arruda; Amorim; Sousa (2008) as malformações caracterizam-se pela presença de um defeito físico ao nascimento, podendo ou não ter etiologia genética, afetam principalmente crianças no primeiro ano de vida, ocupando o segundo lugar entre as causas de mortalidade infantil e em terceiro na mortalidade de menores de cinco anos, sendo responsável por 10,5% destas. Observa-se portanto, uma correlação entre a incidência das malformações enquanto segunda principal causa de morte detectada neste estudo com a afirmativa dos autores supracitados.

As Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) ocuparam o terceiro lugar enquanto principal causa de morte infantil sendo presente em 10% dos óbitos estudados. Teixeira *et al.* (2002) apontam que as DIP's guardam estreita relação com as condições sociais e econômicas de indivíduos e populações representando portanto, um indicador sensível de seus níveis de saúde e de vida, ademais, as desigualdades existentes nas sociedades não têm permitido que os benefícios do desenvolvimento se distribuam de modo homogêneo entre as populações e nos diferentes espaços geográfico-sociais nos quais residem.

Os óbitos por DIP's são considerados evitáveis, para tanto, é necessário que haja por parte dos gestores a implementação de políticas públicas voltadas a melhoria das condições de vida da população, fato que de certo modo apresenta dificuldade em se concretizar, ao considerarmos que o município de Cajazeiras está inserido na Paraíba, estado com o 5º Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo do país segundo Silva (2013), o que de certa forma gera desigualdades sociais e prejuízos a qualidade de vida da população, repercutindo deste modo no aparecimento de mortes infantil por DIP's, estendendo-se às doenças de cunho parasitário que acometem muitos sertanejos com baixo poder socioeconômico na infância e juventude, configurando-se deste modo como um importante problema de saúde pública.

Outras causas de morte também foram encontradas neste estudo em menor escala, acredita-se que em sua maioria são causas evitáveis que de acordo com Mathias, Assunção; Silva (2008) não deveriam ter ocorrido se fossem levados em consideração a ciência e a tecnologia presentes na atualidade, e deste modo, devem ser observadas as falhas nos serviços ou na atenção à saúde no caso de ocorrências de óbitos infantis.

5.3 Dados maternos e sua repercussão frente à mortalidade infantil

Considerando que a mortalidade infantil possui intrínseca relação com as condições maternas, nesta parte deste estudo apresentaremos os dados oriundos das mães cujos filhos foram ao óbito, com o intuito de refletir a sua repercussão frente à mortalidade infantil. Deste modo, os dados da tabela 03 apresentam as variáveis idade e escolaridade materna.

Tabela 03 – Dados de identificação materna, Cajazeiras, 2014

Variáveis	F	%
Idade		
De 15 a 20 anos	21	18
21 a 30 anos	37	32
31 a 40 anos	07	06
> de 40 anos	02	02
Ignorado	48	42
Escolaridade		
Nenhuma	09	08
De 01 a 03 anos	11	09
De 04 a 07 anos	17	15
De 08 a 11 anos	18	16
12 anos e mais	05	04
Ignorado	55	48
TOTAL	115	100

Fonte: dados da pesquisa/2014.

Lima *et al.* (2012) consideram a idade materna como uma variável importante na determinação da mortalidade neonatal, pois os extremos de idade para concepção apresentam maiores chances de complicações e conseqüente risco de morte. Contudo, existem controvérsias na literatura a este respeito, a exemplo do que é defendido por Ximenes; Oliveira (2004) ao afirmarem que a faixa etária materna não deve ser encarada como um fator meramente biológico que, isoladamente, pode acarretar complicações para a mãe e seu filho, considerando que mais importante do que a idade, seriam as condições de vida e saúde das gestantes, principalmente, a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal e no parto.

Observando os dados da tabela 03, verifica-se que as idades maternas estudadas variam de 15 a mais de 40 anos, com o predomínio de 32% para a faixa-etária de 21 a 30 anos, época em que estudiosos defendem ser a mais adequada para gestar uma criança considerando a maturidade fisiológica e hormonal da mulher, que também apresenta nesta fase da vida um melhor equilíbrio psicológico para lidar com uma gestação.

A faixa etária de mães com idade entre 15 a 20 anos foi presente em 18% dos casos, segundo Oliveira; Gama; Silva (2010) alguns estudos indicam que há relação entre a idade precoce da mãe e a mortalidade infantil, visto que crianças filhas de adolescentes apresentam um maior risco de morte no primeiro ano de vida quando comparado aos filhos de mulheres com idade superior a 20 anos. Corroborando isto Jobim e Aerts (2008) referem que é bem comum a associação entre a mortalidade infantil e a idade materna, uma vez que a gestação na adolescência parece estar associada a desfechos desfavoráveis, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer e maior taxa de parto cesáreo.

Contudo, anteriormente mencionamos que na literatura há controvérsias em torno da relação idade materna e sua repercussão sobre a mortalidade infantil, deste modo, defendemos a idéia apresentada por Ximenes; Oliveira (2004) ao considerar que a variável idade materna em relação a mortalidade infantil deverá ser analisada em associação com outros fatores, dentre eles: econômicos, sociais, assistência a saúde.

Ainda em relação à idade materna um dado preocupante mostrado na tabela 03 é o alto índice de mães com registro de idade ignorado, e conforme fora mencionado anteriormente a subnotificação de dados constitui-se como empecilho técnico para o conhecimento real de uma situação e conseqüente tomada de decisão.

O indicador escolaridade materna é considerado como um fator de risco dentro das possibilidades de óbitos fetais e neonatais precoces. Deste modo, ao analisar a escolaridade das mães deste estudo, observou-se que 48% destas foram notificadas com o grau de escolaridade ignorado, reafirmando a idéia apresentada no parágrafo anterior no que diz respeito ao sub-registro de dados enquanto fator negativo para o conhecimento da realidade. Em contra partida, observou-se uma baixa incidência de mães com 12 anos e mais de estudos, variável presente em apenas 4% do total, em contraposição a 40% de mães que possui escolaridade variando de 1 a 11 anos, condizendo com o ensino médio incompleto. Enquanto que 8% não possui nenhum nível de escolaridade.

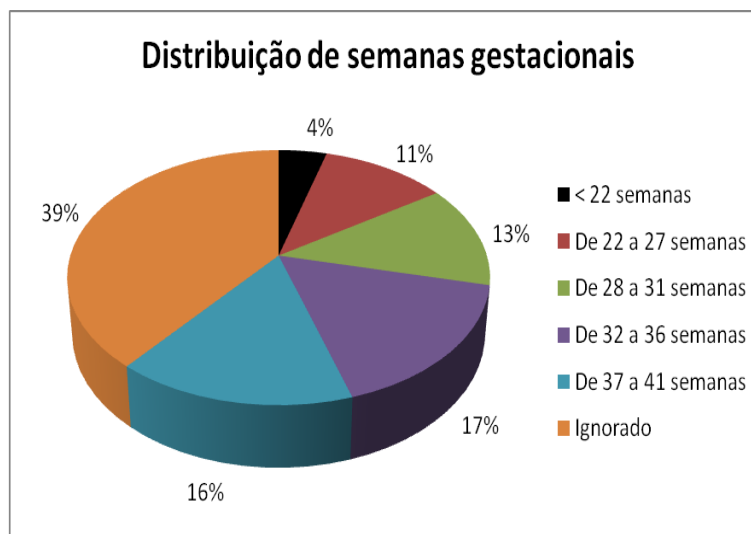
A este respeito Ramos; Cuman (2009) afirma que a baixa escolaridade interfere nas condições de vida, de saúde e de acesso às informações, uma vez que quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade de entendimento das orientações de cuidados específicos da gestação, levando ao início tardio e até mesmo a ausência nas consultas de pré-natal, hábitos, vícios e alimentação inadequada com a gestação.

Corroborando com isto Haidar; Oliveira; Nascimento (2001) apontam que a baixa escolaridade materna é um fator importante que pode predispor ao aparecimento de situações potencialmente de riscos para a mãe e o recém-nascido, uma vez que está associada ao baixo

peso ao nascer, perimortalidade, neomortalidade e mortalidade infantil, assim como o aumento do número de partos. Tal realidade nos leva a crer que neste estudo a escolaridade materna repercutiu negativamente para a incidência dos óbitos infantis.

No que diz respeito às semanas gestacionais em relação ao óbito, os dados do gráfico 03, apontam que a idade gestacional de 39% dos óbitos é ignorada, apenas 16% nasceram de gestação a termo, ou seja, de 37 a 41 semanas, enquanto que 4% nasceram como prematuridade extrema com menos de 22 semanas, ao somar o número de nascidos de < de 22 a 36 semanas, obtêm-se o total de 45% de crianças consideradas prematuras. Deste modo, consta-se que no período estudado houve o predomínio massivo do nascimento de crianças prematuras, despertando-nos para a compreensão de que é essencial investir e aperfeiçoar a qualidade da assistência pré-natal, reduzindo deste modo as complicações advindas de um nascimento prematuro, forte indicador preditivo da mortalidade neonatal.

Gráfico 03 - Distribuição de semanas gestacionais, Cajazeiras, 2014



Fonte: dados da pesquisa/2014.

De acordo com Salge *et al.* (2009) a prematuridade inclui os recém-nascidos vivos com menos de 37 semanas completas de gestação (<259 dias) contados a partir do último dia de menstruação. Configura-se como um evento que aumenta o risco de adaptação à vida extra-uterina, decorrente principalmente da imaturidade anátomo-fisiológica. Os RN's prematuros podem apresentar uma série de complicações após o nascimento, associadas ao baixo peso, acentuando ainda mais os riscos de morbimortalidade infantil. A morbidade está diretamente relacionada aos distúrbios respiratórios e às complicações infecciosas e neurológicas que certamente repercutem na mortalidade infantil.

Os dados relativos ao tipo de gravidez e parto encontram-se disponíveis na tabela 04, no tocante ao tipo de gravidez verifica-se que houve o predomínio da gravidez única, com o percentual de 65%, enquanto que 29% dos registros são ignorados, somente 5% tiveram gestação dupla e 1% tripla e mais.

Tabela 04 – Distribuição de dados relativos ao tipo de gravidez e parto, Cajazeiras, 2014

Variáveis	F	%
Tipo de gravidez		
Única	75	65
Dupla	06	05
Tripla e mais	01	01
Ignorado	33	29
Tipo de parto		
Vaginal	39	34
Cesárea	41	36
Ignorado	35	30
TOTAL	115	100

Fonte: dados da pesquisa/2014.

O alto percentual de gestação única identificado neste estudo se configura como um fator positivo para a realidade estudada, uma vez que a gestação gemelar/múltipla (gravidez com dois ou mais fetos) foi presente em apenas 6% deste estudo. Embora esta variável tenha sido neste estudo de baixa incidência, a gestação gemelar é na visão de Ramos; Cuman (2009) um importante fator de risco para o nascimento de RN's de baixo peso, repercutindo diretamente na mortalidade neonatal, aumento dos riscos de complicações no período gestacional especialmente para hipertensão arterial, ruptura das membranas, morte fetal intraútero e aumento do índice de parto cesáreo.

Quanto ao tipo de parto, verifica-se que houve um discreto predomínio do parto cesáreo com 36% do total, seguido do parto normal com 34% e 30% dos registros ignorados relativos a esta variável. Consta-se, portanto, que não houve um grande distanciamento do número de partos cesáreos em relação aos normais, acreditamos que a pequena diferença de 2% entre eles pode estar associada a alta incidência de prematuridade mencionada anteriormente.

Por outro lado, Ramos; Cuman (2009) sugerem que a desvalorização do parto normal e a prática de intervenções cirúrgicas desnecessárias, cada vez em maior número e frequência, é um indicativo da falta de informação e educação em saúde da população feminina, que se

sente incapaz de escolher ou determinar práticas quando confrontadas com a opinião técnica dos profissionais de saúde.

A realização desta pesquisa possibilitou conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de Cajazeiras-PB, no período de 2008 a 2012, bem como as causas de mortalidade e as informações maternas frente à mortalidade infantil. Constatou-se que o perfil dos óbitos estudados é semelhante ao que acontece em outras regiões do país, especificamente na região nordeste.

No tocante ao perfil dos óbitos, verificou-se o predomínio da mortalidade neonatal, com alta incidência de recém-nascidos de baixo peso, prematuros, discreto predomínio de morte nos recém-nascidos do sexo masculino e alta incidência de óbito não fetal, despertando-nos para a necessidade de aperfeiçoar a assistência materno-infantil no município de Cajazeiras, com ênfase ao pré-natal e assistência especializada ao recém-nascido de alto risco.

Em relação às principais causas de mortalidade, conclui-se que houve o predomínio de mortes causadas por afecções perinatais seguidas de malformações congênicas e óbitos por Doenças Infecciosas Parasitárias, sendo a primeira e a última causas consideradas como evitáveis, enquanto que a segunda também denota a possibilidade de ser “controlada”, partindo do princípio de que se o município disponibiliza de uma rede de serviços de saúde eficaz, com uma boa assistência pré-natal e diagnóstica especializada seria possível, identificar precocemente as malformações congênicas e a partir de então, implementar ações em saúde para a redução de suas complicações.

No tocante às condições maternas, constatou-se que houve uma predominância de mães com idade variando entre 21 e 30 anos, idade considerada por muitos estudiosos como a “ideal” para gestar uma criança. Em contrapartida, a variável escolaridade materna mostrou-se favorável a mortalidade, posto que uma parcela significativa de mães possui escolaridade inferior a 11 anos de estudo, ou seja, o ensino médio incompleto e de acordo com pesquisas clássicas, a precariedade do conhecimento repercute no adocimento.

No tocante ao tipo de gravidez, o estudo revelou o predomínio de gestação única, sendo este um achado muito importante, uma vez que a gestação múltipla se configura como fator de risco para complicações e conseqüente mortalidade infantil. Quanto ao tipo de parto, constatou-se um predomínio muito discreto do parto cesáreo em relação ao normal, contudo, este fato pode estar relacionado ao alto índice de prematuridade, que por sua vez, já fomenta a necessidade de parto por intervenção cirúrgica.

Um achado com repercussão negativa para este estudo foi o grande número de variáveis com registro de dados ignorados, o que aponta para a existência de falhas técnicas no processamento das informações em saúde, bem como a fragilidade do Sistema de

Informação sobre Mortalidade. A este respeito, cabe a gestão de saúde local implementar estratégias de melhoramento em seu departamento de informática, e sobretudo, implantar ações de educação em saúde junto os recursos humanos que lidam diretamente no registro das informações em saúde, com ênfase para o correto preenchimento destas, minimizando deste modo as subnotificações.

Destarte, por esta pesquisa tratar-se de um estudo epidemiológico, a mesma apresenta limitações, tais como: a sub-notificação de alguns dados entre variáveis, podendo representar um viés para o estudo, bem como a ausência de testes estatísticos para a efetiva mensuração de dados, o que de certa forma limita a abrangência deste estudo.

Contudo, a realização desta pesquisa proporcionou uma aproximação acerca do perfil da mortalidade infantil no município de Cajazeiras, permitindo-nos evidenciar que existe a necessidade impetuosa de repensar as políticas e práticas de saúde materno-infantil a nível local, para além disto, o estudo aponta a necessidade de se investir em melhorias na qualidade de vida da população como um todo, uma vez que a mortalidade infantil é um indicador de condições de vida e saúde pública e, na realidade estudada muitas variáveis que favoreceram a mortalidade infantil estão associadas a causas evitáveis e/ou passíveis de intervenção governamental.

ALEXANDRE, L.B. S.P. **Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde**. 1 edição. São Paulo: Martinari, 2012.

AQUINO, O. N. F, BARRETO, M. L. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. **Cad Saude Publica**. 2008;24(4). Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/1850>. Acesso em: 05/12/13.

AQUINO, T. A., et al. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife. Pernambuco, Brasil, 2003. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007;23(12): 2853-2861. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/05.pdf>. Acesso em: 05/12/13.

ARAÚJO, B. F.; BOZETTI, M. C.; TANAKA, A. C. A. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. **Jornal de Pediatria**, Rio Janeiro, v. 76, p. 200-206, 2000. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742007000300005&script=sci_arttext. Acesso em 22/03/14.

ARRUDA, T. A. M., AMORIM, M. M. R., SOUZA, A. S. R., Mortalidade determinada por anomalias congênitas em Pernambuco, Brasil, de 1993 a 2003. **Rev Assoc Med Bras**, 2008; 54(2): 122-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n2/a13v54n2.pdf>. Acesso em: 23/03/14.

ASSIS, H. M.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. Perfis de mortalidade neonatal precoce: um estudo para uma Maternidade Pública de Belo Horizonte (MG), 2001-2006. **Rev. bras. epidemiol.[online]**. 2008, vol.11, n.4, pp. 675-686. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n4/13.pdf>. Acesso em: 23/03/14.

BARRETO. M. L. et al. **Effect of city-wide sanitation programme on reduction in rate of childhood diarrhoea in northeast Brazil: assessment by two cohort studies**. *Lancet*, 370, 9599, 1622-1628. 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/1784/1/artigo%20internac.7.livre%202007.pdf>. Acesso em: 05/12/13.

BIGUELINI, G. D; GUERRA, L. L, **O perfil da mortalidade infantil no município de Uruguaiiana no período de 2005 a 2009**. 2010. Disponível em: <http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/enfermagem/files/2011/03/BIGUELINI-G.-D-GUERRA-L.-L.-O-perfil-da-mortalidade-infantil-no-munic%C3%ADpio-de-Uruguaiiana-no-per%C3%ADodo-de-2005-a-2009.pdf>. Acessado em: 06/12/13.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Cadernos de Atenção Básica, n.11, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online], vol.2, n.2, p. 193-200, 2002b. ISSN 1519-3829. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n3/17103.pdf>. Acesso em: 10/01/14.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699 GM, de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, DF,

2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm>>. Acesso em: 01/12/13.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política de informação em informática em saúde**. 2006b [online] Disponível em http://www.saude.gov.br/politica_informacao acesso em 27/11/2013. Acesso em 13/12/13.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília, 2009a. 416 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). ISBN 978-85-334-1600-0.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica, - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de prevenção do óbito Infantil e Fetal**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em: 03/12/13.

_____. Ministério da Saúde. **A declaração de óbito: documento necessário e importante** / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009c. 38 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB Teto, **credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal** Unidade Geográfica. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção á saúde da criança: 70 anos de história**/ Ministério da Saúde. Brasília. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf. Acesso em: 22/03/14.

_____. Ministério da Saúde, **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012a. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466_2012.pdf> . Acesso em: 10/12/13.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_mortalidade_perinatal.pdf. Acesso em: 03/01/14.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A.; A saúde e seus determinantes sociais. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**. 2007; 17(1):78-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000062&pid=S1413-8123200900030002100002&lng=en. Acesso: 02/12/13.

CALDEIRA, A. P.; FRANCA, E.; PERPETUO, I. H. O.; GOULART, E. M. A. Evolução da Mortalidade infantil por Causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2005, vol.39, n.1, pp 67-74. ISSN 0034-8910. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000100009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28/03/14.

CARDOSO, M. R. S., O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo? Diálogos possíveis: **Revista da Faculdade Social da Bahia**, v. 7, n. 1, p.141-160, 2008. Disponível em: <http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf>. Acesso em: 03/12/13.

CAVALCANTI, S. M. B. **Mortalidade Infantil no Distrito Sanitário II, Recife – período de 2000 a 2008**. Monografia. 2010. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010cavalcanti-smb.pdf>. Acesso em: 10/01/14.

COSTA, J. M. B. S.; FRIAS, P. G. Avaliação da completitude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, Brasil, 1997-2005. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.16, Supl. 1, p.1267-1274, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700059. Acesso em: 04/12/13.

CRUZ, M. G. B., Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação da Saúde da Família. **Rev. Esc.Enferm. USP [online]**. 2005;39(1):28-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a04v39n1.pdf>. Acesso em: 01/12/13.

CUNHA, C. C.; CAMPOS, D.; FRANCA, E. B. Uso da busca ativa de óbitos na avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade em Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. 2011, vol.20, n.3, pp. 275-286. ISSN 1679-4974. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n3/v20n3a02.pdf>. Acesso em 13/04/14.

DUARTE, C. M. R., Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2007, vol.23, n.7, pp. 1511-1528. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/02.pdf>. Acesso em: 07/12/13.

ELSHIBLY, E. M.; SCHMALISCH, G. The effect of maternal anthropometric characteristics and social factors on gestational age and birth weight in Sudanese newborn infants. **BMC Public Health**, Genebra, v. 8, p. 244, July 2008. Disponível em: http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/demografia/dissertacoes/2010/Serafim_Adriano_Alberto.pdf. Acesso em: 03/12/13.

FALCO, J. G. **Estatística Aplicada**. Cuiabá: EdUFMT, 2008. 92 p. ISBN 9788561819286 UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). FSP desenvolve software que permite a coleta de dados em tempo virtual. *Disponível em:* <http://www5.usp.br/4350/fsp-desenvolve-software-que-permite-a-coleta-de-dados-em-tempo-virtual/>. Acesso em: 01/12/13.

FISCHER, T. K. et al. A mortalidade infantil no Brasil: série histórica entre 1994-2004 e associação com indicadores socioeconômicos em municípios de médio e grande porte. **Rev**

Medicina. 2007 Out-Dez; 40(4):559-66. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2007/vol40n4/ao1_mortalidade_infantil_brasil_tendencia_desiguad ades.pdf. Acesso em: 05/01/14.

FRÉU. C. M. et al., Determinantes da mortalidade neonatal de uma coorte de nascidos vivos em Passo Fundo – RS, 2003-2004. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 2008; 52(2):97-102. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/52-02/ao03.pdf>. Acesso em: 02/12/13.

GEIB, L.T. C, et al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.2, pp. 363-370. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000200011&script=sci_arttext. Acesso em: 05/12/13.

GIL. A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GRIEP, R. **Fundamentos da pesquisa epidemiológica**. Disponível em: <http://www.sanitarista.kit.net/index/fundamentospesquisaepidemiologica.ppt>. Acesso em: 27/11/2013.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, jul./ago. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5309>. Acesso em: 25/03/14.

HARAKI . C. A. C.; GOTLIEB, S. L. D. ;LAURENTI. R. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade em município do sul do Estado de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.8, n.1, p. 19-24, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/03.pdf>. Acesso em: 08/12/13.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades@. **Cajazeiras – PB:** dados básicos. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250370>. Acesso em: 03/12/13.

JOBIM, R., AERTS, D., Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.179 -187, jan. 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69755/000872991.pdf?sequence=1>. Acesso em: 01/01/14.

KOLLING, A. F., **Perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de Saporanga, RS, entre 2006 e 2009**. 2011 . / 84 f. Dissertação. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/39648/000824226.pdf?sequence=1>. Acesso em: 04/12/13.

LAKATOS, E. V; MARCONI, M. A., **Fundamentos de metodologia científica** – 5 ed. São Paulo. Atlas. 2003.

LANSKY, S., et al., Mortalidade infantil em Belo Horizonte: avanços e desafios. **Pensar BH:** política social, Belo Horizonte, n. 17, jun./ago. 2007. Disponível em: portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento...mortalidade+infantil. Acesso em: 07/12/13.

LIMA, L. C.; RODRIGUES. R. N.; MACHADO. C. J., **Diferenciais de mortalidade infantil no Brasil, por idade da mãe e da criança**. 2009. 100 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal das Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em:

http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/tema_4/abep2010_2153.pdf. Acesso em: 01/12/13.

LIMA, E. F. A.; SOUSA, A. I.; GRIEP, R. H.; PRIMO, C. C. Fatores de risco para mortalidade neonatal no município de Serra, Espírito Santo. **Rev. bras. enferm. [online]**. 2012, vol.65, n.4, pp. 578-585. ISSN 0034-7167.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a05v65n4.pdf>. Acesso em: 13/03/14.

MALTA, D. C; DUARTE, E. C., Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007;12(3):765-776.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000300027&script=sci_arttext. Acesso em: 02/12/13.

MATHIAS, T. A. F.; ASSUNÇÃO, A. N.; SILVA, G. F., Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em Região do Estado do Paraná. **Rev. Esc. Enfer. USP**, 2008, 42(3): 445-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000300005&script=sci_arttext. Acesso em 13/03/14.

MAYDANA, E.; SERRAL, G.; BORRELL C. Desigualdades socioeconômicas y mortalidad infantil en Bolivia. **Revista Panamericana Salud Publica**; Washington, v. 25, n. 5, p.401–110, May 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n5/04.pdf>. Acesso em: 07/12/13.

MEDRONHO, R. A., *et al.* **Epidemiologia**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009; 685p.

MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.643-654, 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300014. Acesso em: 01/12/13.

MENDOZA-SASSI, R. A. et al., Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.9, pp. 2157-2166. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2007000900023&script=sci_arttext. Acesso em: 05/12/13.

OLIVEIRA, E. F. V.; GAMA, S. G. N.; SILVA, C. M. F. P., Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.3, pp. 567-578. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/14.pdf>. Acesso em: 22/03/14.

OLIVEIRA, Z. A. R., et al. Fatores associados a mortalidade infantil e do adolescente. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 9, p. 1245–

1255, Sept. 2007. Disponível em:

www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/.../pdf_13. Acesso em: 04/12/13.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Recém-nascidos: nunca mais deverão passar despercebidos**. In: _____. Relatório mundial de saúde 2005. cap. 5, p. 82- 106. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2005/chap5-pr.pdf>>. Acesso em: 01 Dez, 2013.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N., Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery [online]**. 2009, vol.13, n.2, pp. 297-304. ISSN 1414-8145. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715322009.pdf>. Acesso em: 12/01/14.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica**: para alunos dos cursos de graduação. 2. ed. São Paulo : Loyola, 2004.

RIPSA- Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SALGE, A. K. M, et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2009;11(3):642-6. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>. Acesso em 23/03/14.

SANTOS, A. M. M.; THOMAZ, A. C. P.; ROCHA, J. E. S.; Crescimento intra-uterino Restrito diagnosticado Pelo Índice ponderal de Rohrer e sua associação com morbidade e Mortalidade neonatal precoce. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]**. 2005, vol.27, n.6, pp 303-309. ISSN 0100-7203. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n6/a03v27n6.pdf>. Acesso em: 20/03/2014.

SILVA, C. F., et al. Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Nordeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis – 2000 a 2002. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, 1, p. 69-80, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v9n1/04.pdf>. Acesso em: 04/12/13.

SILVA, V., **Mesmo com melhoria, Paraíba tem 5º mais baixo IDH do País**. Disponível em: <http://ne10.uol.com.br/canal/cotidiano/nordeste/noticia/2013/07/30/mesmo-com-melhoria-paraiba-tem-5-mais-baixo-idh-do-pais-433819.php>. Publicado em: 30.07.2013, às 18h27, Acesso em 20/03/14.

SHARMA, V., et al. Young maternal age and the risk of neonatal mortality in rural Nepal. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, Chicago, v. 162, n. 9, p. 828-835, Sept. 2008. Disponível em: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=380139>. Acesso em: 23/12/13.

SOARES, J. A. S.; HORTA, F. M. B.; CALDEIRA, A. P., Avaliação da qualidade das informações em declarações de óbitos infantis. **Rev. bras. saúde mater. infant.**, Recife, v.7, n.3, p. 289-295, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292007000300008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 07/12/13.

SOARES, E. S.; MENEZES, G. M. S., Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. 2010, vol.19, n.1, pp. 51-60. ISSN 1679-4974. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a07.pdf>. Acesso em: 20/03/2014.

TEIXEIRA, M. G et al. Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em Salvador - Bahia: evolução e diferenciais intra-urbanos segundo condições de vida. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 35(5): 491-497, set-out, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v35n5/13169.pdf>. Acesso em: 15/02/14.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância 2009: saúde materna e neonatal**. 2008. Disponível em: <<http://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf>>. Acesso em: 03/12/13.

XIMENES, F. M. A.; OLIVEIRA, M. C. R., A influência da idade materna sobre as condições perinatais. **RBPS**, 2004; 17 (2) : 56-60. Disponível em: ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/download/677/2047+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=BR. Acesso em 18/03/14.

APÊNDICES

**APÊNDICE I - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Eu, **Edineide Nunes da Silva**, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de **Jefferson Gomes de Abreu**, do Curso de Graduação em enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “**Perfil epidemiológico da mortalidade infantil em um município paraibano no período de 2008 a 2012**”. Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP – FSM) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, dos arquivos gerados durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 02 de fevereiro de 2014.

Edineide Nunes da Silva
Pesquisador Responsável

**APÊNDICE II - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR PARTICIPANTE**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Eu, *Jefferson Gomes de Abreu*, aluno do Curso de Graduação em enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus de Cajazeiras, responsabilizo-me, junto com minha orientadora, professora. Ms **Edineide Nunes da Silva**, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “*Perfil epidemiológico da mortalidade infantil em um município paraibano no período de 2008 a 2012*”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com ela, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras – PB, 02 de fevereiro de 2014.

Jefferson Gomes de Abreu
Pesquisador Participante

APÊNDICE III - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ÓBITO

Nº da Declaração de Óbito: _____

Idade: _____ () horas () Dias () mês(es) () ano(s)

Peso: _____

Sexo: () 1 – Masculino () 2 – Feminino () 9 – Ignorado

Tipo: () 1 – Fetal () 2 – Não fetal () 9 – Ignorado

2 – DADOS RELATIVOS ÀS CAUSAS DO ÓBITO:

CID da causa básica: _____

3 – DADOS MATERNOS

Idade: _____

Escolaridade:

() 1 - Nenhuma () 2 – De 1 a 3 anos () 3 – De 4 a 7 anos
() 4 – De 8 a 11 anos () 5 – De 12 anos e mais () 9 – Ignorado

Ocupação: _____

Faixas de semanas de Gestação:

() 1 – Menos 22 semanas () 2 – 2 a 27 semanas () 3 – 8 a 31 semanas
() 4 – 2 a 36 semanas () 5 – 37 a 41 semanas () 6 – 42 e + semanas

Tipo de Gravidez:

() 1 – Única () 2 – Dupla () 3 – Tripla e mais () 9 – Ignorada

Tipo de parto:

() 1 – Vaginal () 2 – Cesárea () 9 – Ignorado

Quantidade de filhos mortos: _____

APÊNDICE IV - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PESQUISA EM BANCO DE DADOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Título do projeto: Perfil epidemiológico da mortalidade infantil em um município paraibano no período de 2008 a 2012

Pesquisador responsável: Edineide Nunes da Silva – docente da Faculdade Santa Maria e da Universidade Federal de Campina Grande, mestre em ciências da saúde.

Prezada Gerente da 9ª Gerência Regional de Saúde, considerando a necessidade de aumentar o conhecimento sobre assuntos de saúde, áreas correlatas e chegar a novas descobertas, que são úteis para a comunidade. Entendemos que as informações contidas nas bases de dados dos Sistemas de informação em saúde são uma fonte muito importante de dados para as pesquisas e só podem ser utilizadas caso obedeçam às disposições éticas e legais do Brasil, regidas pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Considerando que a base de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, é uma base de consulta pública, porém, vinculada a coordenação de uma secretaria, e como V. senhoria é gerente da 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba, e a base de dados do SIM somente poderá ser consultada com a vossa autorização, solicitamos a vossa permissão para acessarmos a base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), afim de coletar dados para o projeto supracitado, cujos objetivos são: Identificar o perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de Cajazeiras, Paraíba no período de 2008 a 2012; Identificar a taxa de mortalidade neonatal e pós-neonatal no município de Cajazeiras; Conhecer as causas de mortalidade infantil a partir da base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade; Avaliar as informações maternas e sua relação com a mortalidade infantil.

A realização desta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de Cajazeiras, Paraíba no período de 2008 a 2012, no intuito de se identificar a prevalência e suas principais causas, bem como as repercussões da saúde materna sobre o óbito infantil. Destarte, acreditamos que este estudo possui grande relevância, partindo do princípio de que estudar sobre mortalidade é de certo modo, avaliar a qualidade dos serviços de saúde, assim como a qualidade de vida e acessibilidade da população aos serviços de saúde, sendo de fundamental importância o conhecimento sobre a mortalidade infantil, para que se possa, a partir de então, planejar e implementar ações e estratégias que possibilitam o seu controle.

Por se tratar de uma pesquisa documental, não se identifica a princípio, riscos potenciais ao grupo estudado, visto que a pesquisa será realizada na base de dados do SIM. Para a sua consecução, serão respeitados os seguintes procedimentos: submissão do projeto ao Comitê de Extensão e Pesquisa da Faculdade Santa Maria, bem como a 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba, para análise, apreciação e parecer, e somente após a anuência destes dois órgãos, será agendada uma visita ao setor de informática para a coleta de dados junto ao banco do SIM.

Asseguramos a V. Senhoria o direito de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa, além do direito de retirar o vosso consentimento a qualquer momento e suspender a autorização da coleta de dados, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à vossa privacidade e anonimato. Além da certeza de que os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Caso seja do vosso interesse, a senhora pode procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras-PB, telefone (83) 3531-2722, e com a pesquisadora responsável, a professora mestre *Edineide Nunes da Silva*, através do contato telefônico (83) 3531-9120.

Diante do exposto, eu _____
declaro que fui devidamente esclarecida(o) sobre os objetivos desta pesquisa de maneira clara e detalhada, bem como ficou esclarecido que o uso dos dados da base do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM direciona-se exclusivamente para fins de pesquisa, por isso dou o meu consentimento e autorizo que seja realizada a coleta de dados. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento.

Cajazeiras – PB, _____ de _____ de _____

Nome do(a) responsável: _____

Função: _____

Assinatura do(a) responsável: _____

Nome do Pesquisador Responsável: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Testemunhas: _____

APÊNDICE V – DECLARAÇÃO DE ÓBITO

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

Declaração de Óbito

I Cartório

1 Cartório Código 2 Registro 3 Data

4 Município 5 UF 6 Cemitério

7 Tipo de Óbito 8 Cópia Data Hora 9 RIC 10 Naturalidade

1 - Total 2 - Não Total

11 Nome do falecido

12 Nome do pai 13 Nome da mãe

II Identificação

14 Data de nascimento 15 Idade Anos completos Meses de 1 ano Dias Horas Minutos Ignorado 16 Sexo M - Masc. F - Fem. Ignorado 17 Raça/cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena

18 Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado judicialmente 5 - União consensual 9 - Ignorado 19 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - 12 e mais 9 - Ignorado 20 Ocupação habitual e ramo de atividade (ou aposentado, cônjuge ou ocupação habitual anterior) Código

III Residência

21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) Código Número Complemento 22 CEP

23 Bairro/Distrito Código 24 Município de residência Código 25 UF

IV Ocorrência

26 Local de ocorrência do óbito 1 - Hospital 2 - Centro de saúde 3 - Domicílio 4 - Via pública 5 - Outros 9 - Ignorado 27 Estabelecimento Código

28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento 29 CEP

30 Bairro/Distrito Código 31 Município de ocorrência Código 32 UF

V Fetal ou menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO

33 Idade 34 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - 12 e mais 9 - Ignorado 35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe Código 36 Número de filhos tidos (Ces. = Utilizar 99 para ignorado) Nascidos vivos Nascidos mortos

37 Duração da gestação (Em semanas) 1 - Menos de 22 2 - De 22 a 27 3 - De 28 a 31 4 - De 32 a 36 5 - De 37 a 41 6 - 42 e mais 9 - Ignorado 38 Tipo de Gravidez 1 - Única 2 - Dupla 3 - Tripla ou mais 9 - Ignorado 39 Tipo de parto 1 - Vaginal 2 - Cesáreo 9 - Ignorado 40 Morte em relação ao parto 1 - Antes 2 - Durante 3 - Depois 9 - Ignorado 41 Parto ao nascer 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 42 Num. da Declar. de Nascidos Vivos

VI Condições e causas do óbito

ÓBITOS EM MULHERES 43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 44 A morte ocorreu durante o puerpério? 1 - Sim até 42 dias 2 - Sim de 43 dias a 1 ano 9 - Ignorado

ASSISTÊNCIA MÉDICA 45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

46 Diagnóstico confirmado por: Exame complementar? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 47 Cirurgia? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 48 Necropsia? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

49 CAUSAS DA MORTE **PARTE I** ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA. Doença ou estado morbido que causou diretamente a morte. Causas antecedentes: Doenças morbosas, se existirem, que produziram a mesma doença registrada, mencionando-se seu sítio, lugar e época de início. **PARTE II** Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estiveram, porém, em cadeia causal.

VII Médico

50 Nome do médico 51 CRM 52 O médico que assina atendeu ao falecido? 1 - Sim 2 - Substituto 3 - IML 4 - SVD 5 - Outros

53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) 54 Data do atestado 55 Assinatura

VIII Causas externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)

56 Tipo 1 - Acidente 2 - Suicídio 3 - Homicídio 4 - Outros 9 - Ignorado 57 Acidente do trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 58 Fonte de informação 1 - Registro de Ocorrência 2 - Hospital 3 - Família 4 - Outros 9 - Ignorado

59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) Código

IX Localidade e Médico

61 Declarante 62 Testemunhas

Versão 02/06/01

ANEXOS

ANEXO I

FACULDADE SANTA MARIA/
FSM /PB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE INFANTIL EM UM MUNICÍPIO PARAIBANO NO PERÍODO DE 2008 A 2012

Pesquisador: EDINEIDE NUNES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27761614.2.0000.5180

Instituição Proponente: Faculdade Santa Maria/ FSM /PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 615.732

Data da Relatoria: 14/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, exploratório, documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa, a ser realizada no banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, implantado no setor de informática da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba com sede na Cidade de Cajazeiras - PB.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar o perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de Cajazeiras, Paraíba no período de 2008 a 2012.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentam-se bem descritos em conformidade com a Resolução 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância acadêmica, com temática relevante e bem fundamentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos presentes e bem elaborados.

Recomendações:

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-1346

Fax: (83)3531-1365

E-mail: cepfsm@gmail.com

FACULDADE SANTA MARIA/
FSM /PB



Continuação do Parecer: 615.732

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 14 de Abril de 2014

Assinador por:
ANKILMA DO NASCIMENTO ANDRADE
(Coordenador)

Endereço: BR 230, Km 504
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3531-1346 **Fax:** (83)3531-1365 **E-mail:** cepfsm@gmail.com