

COEFICIENTE EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE INFANTIL NOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES A 5ª REGIONAL DE SAÚDE-PR: 2013/2014/2015

EPIDEMIOLOGICAL COEFFICIENT OF INFANT MORTALITY IN MUNICIPALITIES BELONGING TO THE 5TH REGIONAL HEALTH-PR: 2013/2014/2015

Josni Tauffer

Enfermeiro, Pós-Graduando em Saúde Pública com Ênfase em Saúde Coletiva-UNINTER

Raphaella Rosa Horst Massuqueto

Enfermeira, Pós-Graduada em Urgência e Emergência, Docente pela Faculdade Campo Real

Resumo

O objetivo do presente estudo foi realizar uma análise do coeficiente da mortalidade infantil da 5ª Regional de Saúde e seus municípios abrangentes no período de 2013 a 2015, sendo que, para isso, utilizou-se o método de revisão integrativa da literatura, destacando etapas como: definição do tema e formulação da questão norteadora; busca nas bases de dados; pesquisa de dados em sistema de informação de acesso público; análise sistemática das publicações encontradas; discussão dos resultados e pôr fim a elaboração do documento e resumo da pesquisa. Resultado: a técnica de coleta de dados foi realizada sobre análise e interpretação de dados disponíveis nos sistemas de informação as quais foram evidências através dos artigos selecionados, permitindo assim, realizar uma descrição a partir do referencial teórico e a questão norteadora, o que por fim, evidenciou a necessidade da melhoria na compreensão da ocorrência de óbitos infantis, por parte do serviço de saúde e seus profissionais bem quanto a redução da mortalidade infantil, que para isso, evidencia-se a necessidade da identificação dos problemas desde o começo, do planejamento familiar ao fim da gestação, unidos com cuidados essenciais ao primeiro ano de vida da criança, seguido dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) como: regionalização, qualificação da assistência e a universalização, bem como, disponibilização de exames de rotina preconizados pelos protocolos de atendimento a gestante, educação em saúde e atenção voltada para qualificação da atenção primária.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil. Atenção Primária. Evitabilidade. Serviços de Saúde.

Abstract

The objective of the present study was to perform an analysis of the infant mortality coefficient of the 5th Regional Health and its comprehensive municipalities in the period from 2013 to 2015, using the method of integrative review of the literature, highlighting steps such as : Definition of the theme and formulation of the guiding question; Search the databases; Research of data in public access information system; Systematic analysis of the publications found; Discussion of the results and end the elaboration of the document and summary of the research. Results: the data collection technique was performed on the analysis and interpretation of data available in the information systems which were evidences through the selected articles, allowing to make a description from the theoretical reference and the guiding question, which finally , Evidenced the need for improvement in the understanding of the occurrence of infant deaths by the health service and its professionals as well as the reduction of infant mortality, which for this reason, it is evident the need to identify problems from the beginning, planning Family relationship at the end of gestation, coupled with essential care for the child's first year of life, followed by the fundamental principles of the Unified Health System (SUS), such as regionalization, qualification of care and universalization, as well as the availability of routine exams recommended Protocols for care of pregnant women, health education and care For primary care qualification.

Key words: Infant Mortality. Primary attention. Avoidance. Health services

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é considerada um indicador sensível de qualidade de vida em uma população, determinando assim, condições internas e externas de uma determinada região na existência ou não de condições sociais favoráveis a um indivíduo (MANSANO et al., 2004).

Os índices de mortalidade têm apresentado declínio nos últimos anos, segundo dados apresentados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) entre 1994 a 2004 foram aproximadamente 26,6 a cada mil nascidos vivos, números que chegavam a mais de 80,0 a cada mil nascidos vivos ao ano. Isso se deu a partir de ações voltadas a planejamento familiar, como implementação de programas voltados a essa atenção (BOING; BOING, 2008).

Com a adesão de programas voltados a redução da mortalidade no Brasil, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), compromisso adotado pelas nações em 2000, vem atingindo suas metas chegando a estar à frente de muitos países. Segundo relatório anual, o Brasil alcançou taxas significativas, como em 2011 que chegou a 15,3 óbitos para cada mil nascidos vivos superando a meta de 15,7 óbitos estimados para o ano de 2015 (PNUD, 2016).

A redução da mortalidade infantil vem avançando, contudo, medidas para que esses dados venham a ter relevância em todas as instâncias regionais é de prioridade do governo federal, pois é notório haver desigualdades em determinadas regiões como Região Nordeste e Amazônia Legal. Contudo a mobilização não se faz apenas de responsabilidade governamental, mais sim de toda a sociedade e de cada cidadão, a fim de consolidar a redução em defesa da vida (BRASIL, 2009).

Segundo dados da UNICEF (2008) mais de 30% das crianças com menos de um mês de vida morrem decorrentes de acesso a saúde, fatores que não representam ameaças em países industrializados, ou decorrentes de doenças imunopreveníveis consideradas de primeira infância. Fatores secundários como condições sócio-econômicas caracterizam também causas de mortalidade infantil e morbidade em vários lugares do Brasil.

Com o intuito de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde voltadas para a área materno-infantil, o objetivo do presente trabalho é

descrever a distribuição do coeficiente epidemiológico da mortalidade infantil e seus componentes nos municípios pertencentes a 5ª Regional de Saúde no período de 2013 a 2015.

METODOLOGIA

A metodologia empregada foi a pesquisa documental, definida por Marconi e Lakatos (2012) por ser uma pesquisa com dados de fontes primárias, podendo ser: documentos escritos os mesmos sendo de acesso público ou não; arquivos particulares e fontes estatísticas. Descrevem também em sua definição os exemplos de pesquisa documental sendo eles: documentos de arquivos públicos; publicações parlamentares e administrativas; estatísticas; documentos de arquivos privados; cartas e contratos.

Gil (2010) descreve também que a metodologia de pesquisa documental, é aquela que analisa materiais que sofreram ou não uma análise posterior, e que por sua vez, podem ser reelaborados de acordo com o objetivo da pesquisa, recebendo assim, outra interpretação após serem processados.

Pesquisa foi realizada na base de dados do portal eletrônico da SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*) com um recorte temporal de 2000 a 2015 e com auxílio das palavras chaves – mortalidade infantil, enfermagem, epidemiologia, comitê de mortalidade. Foram identificados aspectos gerais das publicações, características metodológicas e seus resultados a fim de atender os critérios de inclusão foram lidos na íntegra.

A coleta de dados realizar-se-á a partir dos sistemas de informação disponíveis sobre banco de dados nacional TABNET/DATASUS de acesso público.

Por fim, após a interpretação dos dados escolheu-se o método de tabulação definida por Marconi e Lakatos (2012) como sendo a organização dos dados em tabelas, permitindo assim, a verificação das relações aos mesmos. Transferidos para tabelas a fim de serem observados e submetidos à análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) pode ser definido como morte infantil toda e qualquer morte no primeiro ano de vida, pode ser classificado e dividido em neonatal a qual caracteriza-se pelos primeiros 28 dias incompletos como o a 27 após o nascimento, e pós-neonatal nos meses seguintes, subdivididas em Neonatal Precoce, Neonatal Tardia Pós-Neonatal.

O período neonatal é dividido em neonatal precoce óbito até o 6º dia de vida, e o neonatal tardio do 7º dia de nascimento até o 28º vigésimo oitavo. A mortalidade neonatal é influenciada pelas causas determinantes perinatais, são aquelas que se estendem do período antes da gravidez até o puerpério. Já as causas perinatais têm como determinantes a assistência pré-natal até o momento do parto. Determinantes da mortalidade pós-neonatal relacionamos ao ambiente, condições sociais, alimentação, etc. (ENSP, 2009).

Caldeira (2005) completa fazendo uma análise da mortalidade neonatal, onde relata que está relacionada às condições de gestação, parto e da integridade física da criança, e a mortalidade pós-neonatal está associada às condições socioeconômicas e do ambiente em que vive a criança, tendo as causas infecciosas como principal agravante.

A mortalidade neonatal é uma preocupação para a saúde pública no Brasil desde os anos 90, sendo o principal componente da mortalidade infantil. As mortes neonatais precoces representam 50% dos óbitos infantis, onde 25% destes óbitos ocorrem nas primeiras 24 horas após o nascimento (RIPSA, 2009).

Lansky (2002) ressalta que a mortalidade neonatal vem se mantendo em índices elevados e ainda representa papel importante nas taxas de mortalidade infantil. Decorrentes de medidas de redução de óbitos do período neonatal tardio, aumenta-se os óbitos nas primeiras semanas ou horas de vida, pois estabelece uma relação com a assistência da parturiente no período e pós o parto.

A mortalidade perinatal desempenha um papel importante segundo Camargo (2008) nos indicadores de saúde, pois oferece informações sobre o atendimento durante todo o ciclo gravídico e puerperal. Em alguns países desenvolvidos, é usado esses dados a

fim de indicar óbitos perinatal, como por exemplo em Gales é registrado óbitos perinatais somados ao neonatais precoces criando assim um indicador de mortalidade perinatal.

Para Mathias et. al., (2008) a redução dos óbitos infantis, caracterizados por menores de 01 ano, é um grande desafio e um problema de saúde, considerando que grande parte desses óbitos são de causas evitáveis. Mathias também coloca que sob a literatura, esses óbitos são considerados desnecessários ou ainda óbitos consentidos, por serem óbitos considerados sobre assistência óbitos que não deveriam ter ocorrido. Sendo assim necessária uma observação na falha da assistência prestada.

Segundo especificações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) cálculos de mortalidade devem ser feitos com base na população estimada devida no ultimo senso atualizado, dado assim o conceito de mortalidade infantil expressado devendo ser números de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado (BRASIL, 2009).

Temos a seguinte equação: (números de óbitos de residentes com menos de um ano de idade/Número de nascidos vivos de mães residentes) X1,000. (BRASIL, 2009)

Após as seguintes explicações podemos estimar de forma demográfica especial, com dados provenientes sobre a cobertura realizada pelos sistemas de informação SIM e SINASC através do TABNET, um coeficiente de mortalidade infantil na 5ª Regional de Saúde, com as seguintes tabulações: Mês, Ano, Números de Nascidos Vivos por mês, Números de óbitos por Mês, o que nos leva as taxas em porcentagem para concluirmos índices estimados.

Tabela 1 – Mortalidade Infantil Sobre 1/Mil Nascidos Vivos – 2015/2014/2013

ANO	2015			2014			2013		
Mês	Nascidos Vivos	Óbitos	Taxa %	Nascidos Vivos	Óbitos	Taxa %	Nascidos Vivos	Óbitos	Taxa %
Janeiro	618	5	8,09	650	7	10,76	612	12	19,6
Fevereiro	570	10	17,54	589	8	13,58	547	9	16,45
Março	642	11	17,13	611	7	18,00	566	11	19,43
Abril	611	7	11,45	633	11	17,37	616	4	6,49
Maiο	650	9	13,84	615	10	16,28	561	17	30,3
Junho	585	14	23,89	566	11	19,43	526	3	5,7
Julho	657	8	12,17	609	20	32,84	575	5	8,69
Agosto	603	10	16,58	617	6	9,72	558	8	14,33
Setembro	594	11	18,51	642	6	9,34	574	7	12,19
Outubro	538	3	5,57	571	7	12,25	589	8	13,5
Novembro	584	10	17,12	572	4	6,99	519	5	9,63
Dezembro	514	9	17,5	597	9	15,07	596	10	16,77
TOTAL	7.267	107	14,72	7.272	106	14,57	6.839	99	14,47

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) /Divisão de Informações Epidemiológicas (DVI EP) /Centro de Epidemiologia (CEPI) /Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) /Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR).

Observa-se em relação aos anos anteriores, que o coeficiente de mortalidade infantil vem se mantendo abaixo a comparação entre 2013/2014. Em análise dos três anos podemos concluir que a média anual de mortalidade se mantém em 14,58 a cada 1/mil nascidos vivos, percentual acima da média estadual.

Podemos analisar dados de cada município, isso ocorre da mesma forma com a análise regional, mas, contudo, os dados de nascidos vivos devem seguir a forma de cada município de residência.

COEFICIENTE EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE INFANTIL NOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES A 5ª
REGIONAL DE SAÚDE-PR: 2013/2014/2015

Tabela 2 - Coeficiente De Mortalidade Infantil - Mês/2015/2014/2013- 5ª RS – Guarapuava

MUNICÍPIOS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total Óbitos	Total N.Vivos	% 2015	% 2014	% 2013
BOA VENTURA DE SÃO ROQUE	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	75	26,7	12	11,5
CAMPINA DO SIMÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58	-	13,7	21,7
CANDÓI	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	3	251	12	40,2	23
MUNICÍPIOS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total Óbitos	Total N.Vivos	% 2015	% 2014	% 2013
CANTAGALO	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	4	203	19,7	23,1	26,9
FOZ DO JORDÃO	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	3	92	32,6	12	36,1
GOIOXIM	-	1	1	-	1	-	1	1	1	-	1	-	7	126	55,6	34,5	-
GUARAPUAVA	1	4	6	2	3	5	5	3	5	1	1	4	40	2.984	13,4	13,7	12,9
LARANJAL	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	3	92	32,6	-	9,7
LARANJEIRAS DO SUL	-	1	-	-	2	2	-	-	1	-	1	1	8	568	14,1	3,73	10,3
MARQUINHO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	57	17,5	-	39,5
NOVA LARANJEIRAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	160	-	16,5	25
PALMITAL	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	3	210	14,3	11,9	27,1
PINHÃO	-	1	2	2	1	2	-	1	-	-	1	-	10	528	18,9	17,9	22,4
PITANGA	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	1	1	5	478	10,5	10,2	4,4
PORTO BARREIRO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	-	22,2	-
PRUDENTÓPOLIS	-	1	-	2	-	-	-	-	2	-	-	1	6	696	8,62	13,4	9,4
RESERVA DO IGUAÇU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	120	38,8	38,5	-
RIO BONITO DO IGUAÇU	-	1	-	1	-	-	2	-	-	1	-	-	5	227	22	12,1	24,4
TURVO	1	-	2	-	-	-	-	1	-	-	1	-	5	235	21,3	19,5	13,9
VIRMOND	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	61	32,8	-	16,9
TOTAL – 2015	5	10	11	7	9	14	8	10	11	3	10	9	107	7.203	14,7	-	14,6
TOTAL – 2014	7	8	7	11	10	11	20	6	6	7	4	9	106	7.274	-	14,6	-
TOTAL – 2013	12	9	11	4	17	3	5	8	7	8	5	10	99	6.841	-	-	14,5

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) /Divisão de Informações Epidemiológicas (DVIEP) /Centro de Epidemiologia (CEPI) /Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) /Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR).

Municípios como PRUDENTOPOLIS e CANDÓI apresentaram grande queda nos números de óbitos infantis em relação com os anos interiores, sendo eles CANDÓI com coeficiente em 2014 de 40,16% passou a ter em 2015 11,95% e PRUDENTOPOLIS com coeficiente de 13,40 passou a ter coeficiente de 06,60, com reduções comparadas a 1/mil nascidos vivos.

Em análise do coeficiente estadual publicado até o ano de 2011, o Paraná apresentou 11,65 a cada mil nascidos vivos, conforme dados Secretaria do Estado da Saúde (2011). Dados analisados do coeficiente dos municípios da 5ª Regional de Saúde apontam que no ano de 2015 esse coeficiente foi de 14,72% ultrapassando assim a média estadual. Municípios como GOIOXIM e RESERVADO DO IGUAÇU expressaram esses números de forma crescente com um percentual de (55,55 GOIOXIM, e 38,75 RESERVADO DO IGUAÇU) estão entre os índices mais altos da regional.

Podemos analisar também que o número de municípios com zero (0) óbitos infantis no ano de 2015, em comparação com outros dois anos anteriores, os índices ultrapassavam o índice estadual, este é o caso de CAMPINA DO SIMÃO, NOVA LARANJEIRAS e PORTO BARREIRO, que sucessivamente apresentaram índices de 13,69%, 16,48% e 22,22 no ano de 2014.

Em uma série histórica fatores podem ser condicionantes na atenção de qualidade para análise de números absolutos, pois podemos analisar quais as medidas que estão sendo tomadas e fatores predominantes neste caso de mortalidade infantil. Quando analisados em um conjunto podemos ver em tabela o exemplo do município de LARANJAL, que no ano de 2013 apresentava um coeficiente de 09.7% a cada mil nascidos vivos, e em 2014 não obtiveram óbitos, mas no ano de 2015, esse percentual aumentou mais de 33% chegando a 32,70%, explicados quanto ao números de nascidos vivos, pois o coeficiente como já comentado anteriormente é um a divisão de óbitos por nascidos vivos, sendo que no ano de 2013 neste município tiveram o número de 103 nascidos vivos.

O tipo de óbito diz muito sobre a assistência prestada, uma vez que o período em que ocorreu esse óbito está relacionado a vários fatores sendo muitas das vezes caracterizados por causas extrínsecas.

Tabela 3 - Análise Relacionado Ao Tipo De Óbito - 2015

	Total/Óbitos	Neo Natal Precoce	Neo Natal Tardio	Pos- Neonatal
Total	107	49	30	28
Total (%)	100	55	27	25

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Divisão de Informações Epidemiológicas (DVIIEP)/Centro de Epidemiologia(CEPI)/Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS)/Secretaria de Estado da Saúde do Paraná(SESAPR).

Segundo RIPSAs (2000) morte neonatal “reflete de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido”.

Neste estudo podemos observar que 55% dos óbitos infantis se deram dentro o a 7 dias de vida, caracterizado como neonatal-precoce, sendo em número absoluto 49 dos óbitos ocorridos no ano de 2015 na 5ª Regional de Saúde.

Comparando com o ano anterior os números tiveram apenas uma queda de 4% nos casos neonatais precoces, isso se deu pelo número de óbitos que se manteve apenas 01 abaixo do ano de 2015.

Tabela 4 - Análise Relacionado Ao Tipo De Óbito - 2014

	Total/Óbitos	Neo Natal Precoce	Neo Natal Tardio	Pos- Neonatal
Total	106	54	21	31
Total (%)	100	51	21	29

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Divisão de Informações Epidemiológicas (DVIIEP)/Centro de Epidemiologia(CEPI)/Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS)/Secretaria de Estado da Saúde do Paraná(SESAPR).

Fuentes (1990) explica que a mortalidade infantil pode ser determinada por diversos fatores, em análise podendo não ser mensurada, pois alguns condicionantes podem não demonstrar um impacto direto na determinação mesmo que tenha participação relevante. Classificando em diretos ou indiretos.

Secretaria do Estado de Saúde (2010) classifica esses fatores, podendo ser, indiretos: alimentação; moradia; acompanhamento medido; acompanhamento terapêutico; educação. Já os diretos classificam-se em: renda e educação.

CONCLUSÃO

Para redução da mortalidade infantil, precisamos da melhoria na compreensão de sua ocorrência por parte do serviço de saúde e seus profissionais. Sendo assim, faz-se necessário que a identificação de problemas seja feita desde o começo, do planejamento familiar ao fim da gestação unidos com os cuidados essenciais ao primeiro ano de vida da criança, e as condições de seus familiares. A reconstrução da assistência a gestante e ao recém-nascido se torna essencial, não apenas no período do pré-natal, mas sim a melhoria da assistência hospitalar. Identificamos hoje problemas na assistência ao parto, como a contra referências a assistência especializada de gestação classificadas de alto risco, ao acolhimento e o atendimento oportuno desses casos.

A atenção a gestação em nível primário, muitas das vezes refletem no atendimento hospitalar, caracterizamos isso como acesso a informação básica das condições em que a gestante se encontra como também da atenção que deve ser tomada por parte da rede hospitalar. A disponibilização de exames de rotina preconizados pelos protocolos de atendimento a gestante, hoje configuram um dos principais fatores na tomada de decisões frente a atenção hospitalar, isso configura a importância de se realizar todos os exames e repasses de resultados quando os casos merecem uma atenção dobrada.

A prevenção de óbitos com natalidade totalmente viável, previne resultado de falhas no sistema de saúde e diferenças no acesso e qualidade da assistência, e prevenção desses casos contribuem para o reconhecimento, que os elevados números de óbitos infantis caracterizam falhas na assistência em saúde, chamando à responsabilidade dos gestores locais, no sentido de que o acesso, a qualidade, a prestação de serviços essenciais centralizados em suas regiões de saúde, são de extrema importância para qualidade da saúde de sua população.

Os princípios fundamentais do SUS como, regionalização, qualificação da assistência e a universalização do acesso mostram-se, portanto, o ramo ações prioritárias

e intervenções efetivas para a diminuição das taxas e das desigualdades na mortalidade perinatal no País.

REFERÊNCIAS

BOING, Antonio Fernando; BOING, Alexandra Crispim. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p.447-455, fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal. 2009. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_reducao_mortalidade_infantil_nordeste.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 77 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.258, de 28 de junho de 2004 (*) Institui o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Nº 135, ISSN 1677-7042 31, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jul, 2004a.

CALDEIRA, A. P.; FRANÇA, E.; PERPETUO, I. H. O.; GOULART, E. M. A. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n. 1, jan. 2005.

CAMARGO, A. B. M. A natimortalidade e a mortalidade perinatal em São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p.30-47, jan. 2008.

ENSP, Comitê atua na prevenção da mortalidade infantil e neonatal. Informe Escola Nacional de Saúde Pública. Entrevista em 04/12/2009. Disponível em: <
<https://agencia.fiocruz.br/comitê-atua-na-prevenção-da-mortalidade-infantil-e-neonatal>>. Acesso em 21 jan 2017.

FUENTES, V. L. P. Condicionantes Sócio-Econômicas da Mortalidade Infantil: Estado de São Paulo 1960-1984. São Paulo, 1990. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Situação mundial da infância 1989. Brasília-DF, 117p.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Situação mundial da infância 2008, sobrevivência infantil. 2007. Brasília-DF, 154p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C.; Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, v. 6, n. 36, p.759-772, 2002.

MANSANO, N. H.; MAZZA, V. A.; SOAREZ, V. M. N.; ARALDI, M. A. R.; CABRAL, V. L. M.; Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p.329-332, jan. 2004.

MATHIAS, T. A. F.; ASSUMÇÃO, A. N.; SILVA, G. F.; **Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em Região do Estado do Paraná**. *Rev Esc Enferm. Usp, São Paulo*, v. 42, n. 3, p.445-453, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a04.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. 2009. Disponível em: < <http://www.pnud.org.br/odm.aspx> >. Acesso em: 01 fev. 2017.

RIPSA. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2009. 144 p: il.

SCHMIDT, V. L. S. Diagnóstico da Mortalidade Infantil em Pelotas no Período 2005-2008: Fatores de Risco e Tendências. 2009. 71 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Departamento de Medicina Social Programa de Pós-Graduação e Mestrado Profissional, Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Medicina, Rio Grande do Sul, 2009.

SESA. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná; WATANABE, T. L.; VIANNA, R. C. X. A vigilância epidemiológica dos óbitos maternos e infantis e a atuação dos comitês de prevenção da mortalidade materna e infantil. 2010. Disponível em: < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/2boletim_epidemiologia.pdf >. Acesso em: 18 jan. 2017.