

Retrato dos óbitos infantis em Goiás nos anos de 2010 e 2016

Portrait of infant deaths in Goiás for 2010 and 2016

Thaynara Luciana Pereira^{1*}, Suellen Daniela Ferraz de Oliveira Alves¹, Leiliane Sabino Oliveira¹, Maria Eliane Liégio Matão¹, Gabriela Bandeira Araújo¹, Nathany Cris Cardoso Gonçalves Rezende¹, Laura Ketren Pereira De Oliveira¹, Caroline Marinho Araújo¹, Rosângela Addad Abed¹, Carlos Eduardo da Silva Nascimento¹

¹ UNI-Anhanguera (GO)

Resumo: a mortalidade infantil (MI) é estimada a partir do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), que avalia o risco de óbito em menores de um ano e indica a qualidade de vida da população. Através desse coeficiente, é possível adotar práticas para redução da MI e realizar intervenções concretas a partir de políticas públicas na área materno-infantil. O objetivo deste estudo é conhecer o perfil dos óbitos infantis a partir do cálculo do CMI e das variáveis associadas à mãe e ao recém-nascido no estado de Goiás em 2010 e 2016. Foram levantados todos os óbitos infantis ocorridos no estado de Goiás em menores de um ano, contados segundo o local de residência do falecido, bem como o total de nascidos vivos em 2010 e 2016. Nos anos estudados, observa-se o crescimento do CMI de 12,74 para 13,01, e do número de cesáreas de 37,04% para 46,54%. Houve prevalência de partos prematuros em ambos os anos. Quanto à idade da mãe, houve uma melhoria na notificação, pois passou de ignorada entre 20 e 29 anos para 42,52%. Em ambos os anos, prevaleceram óbitos do sexo masculino no período neonatal precoce, e óbitos por afecções originadas no período perinatal. Nota-se melhoria na notificação, já que, em 2010, o peso do recém-nascido foi ignorado e, em 2016, sobressaíram óbitos entre 500g e 999g, totalizando 24,04%. Conclui-se que, mesmo com a efetivação de políticas públicas voltadas para a área, ainda há necessidade de melhorias, já que os objetivos de tais políticas não foram alcançados. Pode-se notar também que ainda há um aumento do número de óbitos e do número de cesáreas, entretanto, há uma melhoria quanto à notificação.

Palavras-chave: Mortalidade infantil. Causa do Óbito. Saúde Materno Infantil.

Abstract: infant mortality is estimated using the infant mortality coefficient (IMC), which assesses the risk of death in children under one year of age and indicates the quality of life of a given population. Through this approach, it is possible to adopt practices aimed at reducing IM and carry out concrete interventions based on public policies in maternal and child health. The objective of this study is to gain knowledge about the profile of infant deaths, based on the calculation of IMC and variables associated with mothers and newborns in the state of Goiás for 2010 and 2016. We surveyed all infant deaths in the state of Goiás in children under one year of age, counted according to the place of residence of the deceased, as well as the total number of live births for 2010 and 2016. In these years we can observe an increase in the IMC, from 12.74 to 13.01, as well as in the number of cesarean sections, from 37.04% to 46.54%; there was a prevalence of premature deliveries in both years. As for the mother's age there was an improvement in reporting as it went from ignored to 20-29 years, 42.52%. In both years, the deaths prevailed in the early neonatal period, male infants whose cause of death were conditions originating in the perinatal period. There was an improvement in reporting since, for 2010, the weight of newborns was ignored and, for 2016, there was a higher incidence of deaths between 500-999g, 24.04%. The conclusion reached is that even with the implementation of specific public policies, there is still a need for further improvements as the objectives of these policies have not yet been achieved. Thus, there is still an increase in the number of deaths and the number of cesarean sections; however, an improvement in reporting can be observed.

Keywords: Infant Mortality. Cause of Death. Maternal and Child Health.

INTRODUÇÃO

Entende-se por mortalidade infantil (MI) a probabilidade de um nascido vivo evoluir para óbito em decorrência da combinação de fatores sociais, culturais e biológicos e imprecisões no sistema de saúde. A MI é indicada pelo Coeficiente de Mortalidade infantil (CMI), conceituado como o número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos em uma determinada região no ano escolhido. Além disso, tal coeficiente avalia o risco de óbito de nascidos vivos em seu primeiro ano de vida e estima a condição de saúde das populações¹.

A partir dele, adotam-se práticas para mudar essa situação, as quais estão ligadas a modificações associadas aos hábitos de vida da população e intervenções concretas e efetivas estabelecidas por políticas públicas eficazes. O CMI é analisado dividindo-se o período de ocorrência da morte em período neonatal e período pós-natal. O período neonatal, compreendido entre 0 e 28 dias de vida, pode ainda ser fragmentado em período neonatal precoce (óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos) e período neonatal tardio (óbitos de crianças entre 7 e 27 dias de vida completos)².

Em decorrência dos elevados índices de óbitos infantis em todos os países, a redução da MI foi inserida na Declaração das Nações Unidas como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Propôs-se que, entre 1990 e 2015, haveria uma redução da mortalidade materna em $\frac{3}{4}$ e da mortalidade infantil em $\frac{2}{3}$ de suas taxas atuais. Novamente em 2015, essa recomendação compôs um dos Objetivos Globais para o Desenvolvimento Sustentável, a fim de tornar o mundo próspero para o futuro e ampliar a qualidade de vida de todos^{3,4}.

Nas décadas iniciais do século XX, foi implementada a saúde da mulher nas Políticas Nacionais de Saúde no Brasil, e desde então, foi sendo desenvolvida uma série de programas voltados para a atenção à mulher e ao recém-nascido, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a Rede Cegonha (RC), buscando garantia de atendimento humanizado e nascimento seguro, o que refletiu na diminuição da mortalidade infantil^{5,6,7,8,9,10,11}.

O rastreamento dos óbitos infantis tem como objetivo acompanhar a qualidade da assistência à saúde e as condições de saúde das populações no intuito de melhorar e criar métodos preventivos voltados para a redução de tais óbitos. Isso se dá através de políticas públicas para a população. Nos últimos 25 anos, houve um declínio significativo da mortalidade infantil no Brasil. No entanto, os níveis atuais ainda são preocupantes, o que torna relevante a avaliação do desempenho desse indicador por estados para a identificação de desigualdades regionais¹².

Sendo assim, para realizar esta pesquisa, partimos do seguinte problema: como têm evoluído as políticas públicas relacionadas à redução dos óbitos infantis? Após a implementação dessas políticas, houve alcance das metas propostas? Partindo do conhecimento adquirido nas disciplinas cursadas na área materno-infantil durante o curso de graduação e, ainda, dos estágios curriculares, entendemos a necessidade do conhecimento do profissional de enfermagem frente ao aprimoramento das políticas públicas pré-existentes para a redução da mortalidade materno-infantil e para o cuidado perinatal, uma vez que o atendimento a esses grupos necessita de uma abordagem ampla e complexa.

Diante do supracitado, surgiu-nos a necessidade de conhecer e contrastar o perfil dos óbitos infantis no estado de Goiás nos anos de 2010 e 2016, a partir do cálculo do CMI e das variáveis associadas à mãe – idade da mãe, duração da gestação e via de parto – e ao recém-nascido – dias de vida, peso, sexo e causas CID-X.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, relacionado aos anos de 2010 e 2016. A coleta de dados foi desenvolvida no Departamento de Enfermagem Uni-Anhanguera na cidade de Goiânia, no ano de 2018. Para fins de conhecimento, foram levantados todos os óbitos infantis ocorridos no estado de Goiás em menores de um ano, contados segundo o local de residência do falecido, bem como o total de nascidos vivos nos anos de 2010 e 2016.

As variáveis relacionadas aos óbitos foram provenientes do banco de dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM). Já as relacionadas aos nascidos vivos foram buscadas no Sistema de Informação sobre Nascimentos (SINASC). Elas serão divididas em variá-

veis maternas – idade da mãe, duração da gestação e via de parto – e em variáveis do recém-nascido – dias de vida, peso, sexo e causas CID-X. Foram adotados como critérios de inclusão todos os óbitos e nascidos vivos nos anos de 2010 e 2016 no estado de Goiás que foram disponibilizados no DATASUS e estavam concernentes às variáveis propostas. Foram excluídos os óbitos e os nascimentos fora do período e variáveis propostos.

Efetuiu-se a coleta de dados no mês de fevereiro de 2019, de forma virtual, por meio da base de dados do Ministério da Saúde, denominado DATASUS,

o qual fornece os dados referentes à morbimortalidade e estatísticas vitais do país. Devido à disponibilidade dos dados para a população, não se faz necessária a submissão do trabalho à avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

Os dados foram compilados a partir da consulta do DATASUS e processados no programa Microsoft Excel 2016. A partir disso, demonstramos os resultados em tabelas e figuras com números percentuais e absolutos. A Mortalidade Infantil proporcional (%) foi determinada por meio do cálculo^{13,14}.

$$\text{MP (\%)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ óbitos por (variáveis para 2010 e 2016)} \times 100}{\text{Total de óbitos < 1ano para 2010 e 2016}}$$

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) que avalia o risco de morte em crianças menores de 1 ano de idade foi determinado através da fórmula:

$$\text{CMI} = \frac{\text{N}^\circ \text{ óbitos por < 1 ano em 2010 e 2016 em Goiás} \times 1000}{\text{Total de nascidos vivos em Goiás em 2010 e 2016}}$$

RESULTADOS

Neste estudo, foram analisados os óbitos e nascidos vivos em Goiás nos anos de 2010 e 2016. Para os anos propostos, os valores encontrados foram, respectivamente, 87.476 nascidos vivos e 1.115 óbitos e 95.563 nascidos vivos e 1.244 óbitos⁷. Na Figura 1 podemos visualizar o CMI, a taxa em 2010 foi de 12,74 e, em 2016 de 13,01.

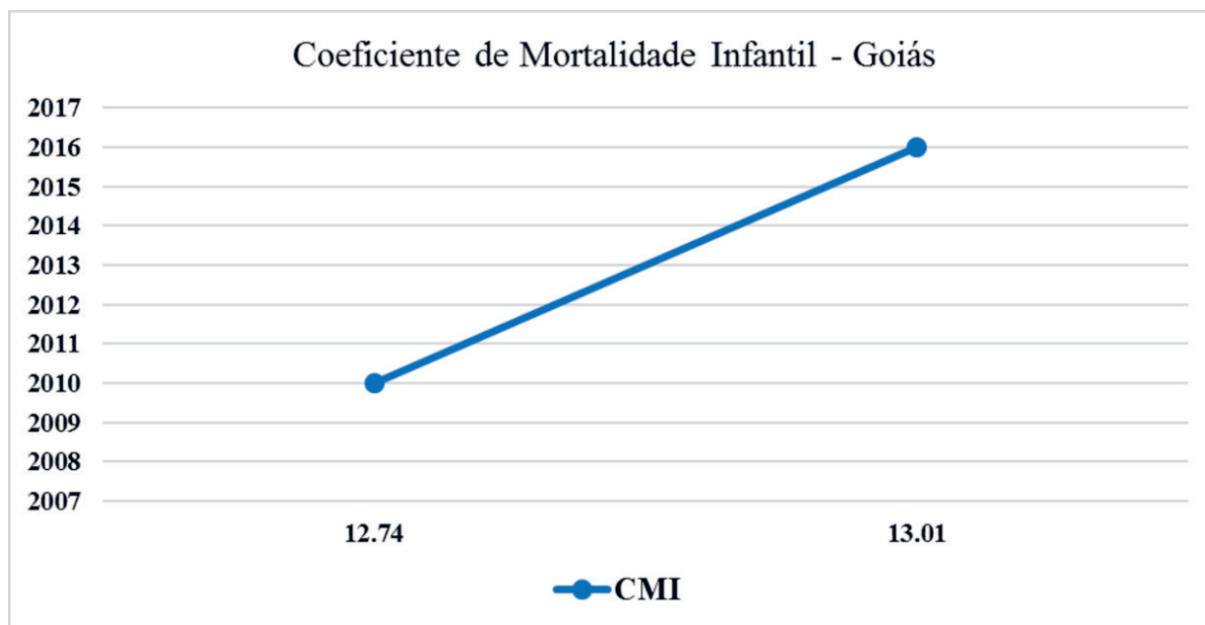


Figura 1. Coeficiente de Mortalidade Infantil em Goiás em 2010 e 2016

Fonte: DATASUS (2019).

Na Tabela 1 está representado o perfil gestacional das mulheres do estado de Goiás, por residência, segundo o número de óbitos. Para os anos do estudo, os dados que prevaleceram referentes à idade da mãe foram, respectivamente, ignorados 38.56% (n= 430) e, entre 20 e 29 anos, 42.52% (n=529). A duração da gestação em ambos os anos foi entre 22 e 36 sema-

nas, período pré-termo. Em 2010, a taxa foi de 46.73% (n=521) e, em 2016, de 51.29% (n=638). Quanto à via de parto, para o primeiro ano, o número de partos normais e cesáreos foi equivalente a 37.04% (n=413). Já no segundo ano proposto, houve uma prevalência de cesáreas, 46.54% (n= 579) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do perfil gestacional de mulheres no estado de Goiás, por residência, segundo o número de óbitos em Goiânia (GO), 2019

VARIÁVEIS MÃE	2010		2016	
	n (1115)	%	n (1244)	%
Idade da mãe				
10 – 19	176	15.79%	245	19.69%
20 – 29	340	30.50%	529	42.52%
30 – 39	161	14.43%	275	22.11%
≥ 40	8	0.72%	39	3.14%
Ignorado	430	38.56%	156	12.54%
Duração da gestação				
< 22	32	2.87%	59	4.74%
22 – 36	521	46.73%	638	51.29%
37 – 41	235	21.08%	329	26.45%
≥ 42	16	1.43%	5	0.40%
Ignorado	311	27.89%	213	17.12%
VARIÁVEIS MÃE	2010		2016	
	n (1115)	%	n (1244)	%
Via de parto				
Vaginal	413	37.04%	533	42.85%
Cesário	413	37.04%	579	46.54%
Ignorado	289	25.92%	132	10.61%

Fonte: DATASUS (2019).

No que se refere às variáveis neonatais, a tabela 2 mostra o perfil dos óbitos infantis por residência nos anos de 2010 e 2016. Quanto aos dias de vida do RN, a prevalência se deu entre 0 e 6 dias nos dois anos estudados, sendo 55.07% (n=614) no primeiro ano e 54.10% (n=673) no segundo ano. O peso prevalente para o ano de 2010 foi ignorado 30.31% (n=338), enquanto, em 2016, 24,04% foram de 500g a 999g.

Tabela 2. Perfil dos óbitos infantis em Goiás por residência, relativo aos anos de 2010 e 2016, em Goiânia (GO), 2019

VARIÁVEIS RN	2010		2016	
	n (1115)	%	n (1244)	%
Dias de vida				
0 – 6	614	55.07%	673	54.10%
7 – 27	186	16.68%	221	17.77%
28 – 364	315	28.25%	349	28.05%
Ignorado	0	0	1	0.08%
Peso				
< 500 g	39	3.50%	58	4.66%
500 – 999g	240	21.53%	299	24.04%
1000 – 1499 g	108	9.69%	142	11.41%
1500 – 2499 g	150	13.45%	255	20.50%
2500 – 2999 g	95	8.52%	148	11.90%
3000 – 3999 g	125	11.21%	183	14.71%
≥ 4000 g	20	1.79%	14	1.12%
Ignorado	338	30.31%	145	11.65%
Sexo				
Masculino	604	54.17%	678	54.50%
Feminino	505	45.29%	561	45.09%
Ignorado	6	0.54%	5	0.41%
Causas CID-X				
Cap. I	31	2.78%	39	3.14%
Cap. II, III, IV, IX, XI, XII, XIII, XIV	37	3.32%	45	3.61%
Cap. VI	20	1.79%	16	1.29%
Cap. X	50	4.48%	36	2.90%
Cap. XVI	691	61.98%	725	58.28%
Cap. XVII	242	21.71%	323	25.96%
Cap. XVIII	26	2.33%	23	1.85%
Cap. XX	18	1.61%	37	2.97%

*Cap. I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II- Neoplasias (tumores); III- Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; IV – Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; VI- Doenças do sistema nervoso; IX- Doenças do aparelho circulatório; X- Doenças do aparelho respiratório; XI- Doenças do aparelho digestivo; XII- Doenças da pele e do tecido subcutâneo; XIII- Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; XIV- Doenças do aparelho geniturinário; XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal; XVII- Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; XVIII- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; XX- Causas externas de morbidade e mortalidade.

Fonte: DATASUS (2019)

DISCUSSÃO

Ao calcularmos o CMI do estado de Goiás (Figura 1), notamos que houve um crescimento da taxa relacionada ao óbito de 12,74 em 2010 para 13,01 em 2016.

Mesmo com o desenvolvimento de políticas voltadas para a área materno-infantil, como a Rede Cegonha, e iniciativas como a do Hospital Amigo da Criança (IHAC), que confere à mulher humanização no processo de parto, nascimento e pós-parto e dá aos pais o direito de permanecer com o RN o tempo todo, ainda há aumento no CMI^{6,15}. O estado de Goiás conta com 20 hospitais credenciados como IHAC. Somente a capital Goiânia conta com 4 maternidades que são referências no atendimento materno-infantil. Ainda assim, nota-se que existem pontos a serem concretizados para que haja uma efetiva redução da MI. Quando comparamos os dados do estado de Goiás com os do estado de Minas Gerais, vimos que, nos dois anos estudados, houve uma redução de 1,59, o que indica que as políticas desenvolvidas no estado, como a adesão dos hospitais ao IHAC, entre eles, o Hospital Sofia Feldman, vêm mostrando resultados significativos¹⁶.

Quanto à variável “idade da mãe” para o ano de 2010, a idade predominante foi ignorada 38.56%, o que foi diferente do ano de 2016, em que prevaleceram 42,52% entre 20 e 29 anos. Desse modo, e a partir da consolidação dos novos modelos de formulários para o SINASC e ainda da necessidade de alimentação da plataforma no DATASUS, podemos notar o incentivo às notificações e, conseqüentemente, a redução de dados subnotificados¹⁷.

Quanto à duração da gestação, a variável que sobressaiu refere-se aos RN pré-termos entre 22 e 36 semanas em ambos os anos, com valores respectivos de 46.73% (n=521) e 51.29% (n=638), indicando a prevalência de nascimentos prematuros. Esse cenário, segundo o Ministério da Saúde (2012), converge com os indicadores do país, em que cerca de 7% de nascidos vivos do país foram pré-termos. Isso indica que a prematuridade é uma das condições determinantes da mortalidade infantil. O Brasil está na lista dos 10 países com maiores taxas de nascimentos no período pré-termo¹⁸.

Quando comparamos a via de parto dos óbitos infantis, podemos notar que, no ano de 2010, houve uma equivalência entre os tipos cesárea e vaginal, contabilizando 37,04%, enquanto, em 2016, a prevalência se deu

para a cesárea, com 46.54%. Isso nos faz constatar o aumento dos óbitos relacionados aos partos cesárea no estado de Goiás, o qual contradiz a política de saúde estabelecida, Rede Cegonha, que incentivou a qualificação dos enfermeiros obstetras para estimular a humanização do parto e do nascimento visando à redução da morbimortalidade materno-infantil¹⁹.

É possível afirmar, então, que houve o aumento dos óbitos relacionados aos partos cesárea. O número de cesarianas no Brasil atualmente é cerca de 57%, o que diverge das orientações da OMS, que recomenda taxas entre 10% e 15% de cesarianas no país²⁰. Somente em Goiás, a média total de partos cesárea é de 67%, o que o coloca entre os estados com os maiores índices de parto por tal via. A cesárea é responsável por aproximadamente 40% dos partos no setor público e mais de 80% dos partos do setor privado²¹.

A maior incidência de óbitos no primeiro ano foi de 0 a 6 dias, no período neonatal precoce, com a taxa de 55.07%, o que converge com os resultados do ano de 2016, que apresentou 54.10% dos óbitos no mesmo período. Relacionamos também esses dados aos números de óbitos obtidos no município de Ubá (MG), que chegam a 79% nesse determinado período²².

O peso prevalente dos recém-nascidos que evoluíram para óbito em 2010 foi ignorado 30.31%. Já em 2016, a faixa que sobressaiu foi, entre 500g e 999g, 24.04%, o que diverge de Teresina (PI), que traz taxas de óbito neonatal em torno de 30% em recém-nascido com peso entre 1000g e 2500g²³. O sexo que sobressaiu em ambos os anos foi o masculino, sendo 54.17% em 2010 e 54.50% em 2016.

Segundo Nascimento et al (2012), os resultados encontrados em Caxias do Sul (RS) convergem com os resultados encontrados no estado de Goiás, onde há uma prevalência do sexo masculino nos óbitos infantis, decorrente principalmente do amadurecimento dos pulmões de forma tardia²⁴. Tal cenário se difere do cenário do sexo feminino, em que esse amadurecimento acontece de forma precoce. Quanto à causa do óbito referente ao CID-X, o Cap. XVI, que se refere a algumas afecções originadas no período perinatal, sobressaiu, uma vez que, em 2010, foram 61.98% dos óbitos e, em 2016, 58.28%, o que converge com a causa de óbitos de menores de um ano encontrada em todo o Brasil.

As afecções do período perinatal foram responsáveis por 58.6% dos óbitos²⁵.

REFERÊNCIAS

1. RAMALHO, A.A. et al. 2018. Tendência da mortalidade infantil no município de Rio Branco, AC, 1999 a 2015. *Revista de Saúde Pública*. v. 52, n. 3. Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-52-33/0034-8910-rsp-52-33-pt.x83745.pdf. Acesso em: 13 de fev. 2018.
2. BRASIL. 2009. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 96 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em: 25 mar. 2019.
3. UNITED NATIONS. *United Nations Millennium Declaration*. 2000. Disponível em: <http://undocs.org/A/RES/55/2>. Acesso em: 10 out. 2018.
4. UNITED NATIONS. 2015. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>. Acesso em: 10 out. 2018.
5. BRASIL. 2018. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 9. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494643/>. Acesso em: 21 mar. 2019.
6. BRASIL. Portaria GM nº 1.459, de 2011. *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 17 out. 2018.
7. BRASIL. DATASUS. *Sistema de informação sobre nascidos vivos (Sinasc) 2010b e 2016b*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvgo.def>. Acesso em: 18 fev. 2019.
8. BRASIL. DATASUS. *Sistema de informação sobre mortalidade (SIM) 2010a e 2016a*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10go.def>. Acesso em: 17 fev. 2019.
9. BRASIL. 2004. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 82 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 19 mar. 2019.
10. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 72, de 11 de janeiro de 2010. *Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF, 11 janeiro de 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html. Acesso em: 16 out. 2018.
11. SILVA, L.N.M.S.; SILVEIRA, A.P.K.F.; MORAIS, F.R.R.M. 2017. Programa de humanização ao parto e nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. *Revista de enfermagem UFPE on line*. p. 3290-3294, ago. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/110195/22085>. Acesso em: 15 fev. 2019.
12. FRANÇA E.B. et al. 2017. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Revista Brasileira Epidemiologia*, v. 20. p. 46-60. maio. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.
13. ROUQUAYROL, M. Z. 2005. *Epidemiologia e Saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro. 744 p.
14. GORDIS, L. *Epidemiologia*, 5ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, v. 371, 2010. 404 p.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2016. *IHAC-Iniciativa Hospital Amigo da Criança (on line)*. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>. Acesso em: 16 fev. 2019.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2015. *LISTA DE HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA (on line)*. Disponível em: <http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/23/LISTA-DE-HOSPITAIS-HAC-2016.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.

17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2013. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. *Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – 2011*. Brasília, 24p.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2012. Born too Soon. *The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva.
19. OLIVEIRA, J.D.G. et al. 2016. Percepção de Enfermeiros Obstetras na Assistência à Parturiente. *Revista de enfermagem UFPE on line*. Recife, v.10, n.10. p. 3868-75. out. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11454/13277>. Acesso em: 03 mar. 2019.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. 2014. *WHO statement on caesarean section rates*.
21. UNICEF. Quem espera, espera. 2017. Fundo das Nações Unidas para Infância – para cada criança.
22. JUNIOR, J.S.G. et al. 2016. Perfil da mortalidade neonatal no município de Ubá/MG, Brasil (2008-2010). *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. Vitória, v.18, n.3, p. 24-31, jul.-set. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/1789/de08e20cf13323c38e72c6c3cc58180e51c7.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.
23. MUNIZ, D.W.R. et al. 2017. O Perfil Epidemiológico de Mortalidade Neonatal no Ambiente Hospitalar. *Revista Saúde em Foco*. Teresina, v. 4, n. 2, art. 7, p. 118-128, jul./dez. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1491>. Acesso em: 23 out. 2018.
24. NASCIMENTO, R.M. et al. 2012. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v.28, n.3. p. 559-572, mar. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/16.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.
25. SARDINHA, L.M.V. 2014. *Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010)*. 2014. 182 f. Tese (doutorado). Universidade de Brasília. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical. Brasília. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16396/1/2014_LuacianaMonteiroVasconcelosSardinha.pdf. Acesso em: 16 fev. 2019.