

# Estratégias para redução da mortalidade infantil: relato de experiência

## Strategies to reduce infant mortality: report of experience

Gislaine Pinn Gil<sup>I</sup>, Dalvane Cristina de Moraes Oliveira<sup>II</sup>, Karen Grube Lopez<sup>III</sup>  
Kely Keyko<sup>IV</sup>, Regina Célia César<sup>V</sup>

### Resumo

Historicamente, o município de Itapeva/SP sempre apresentou índices elevados de mortalidade infantil, sendo que, de 2010 a 2016, as taxas variaram de 15 a 23,3. Em 2017, reduziu significativamente a sua taxa, alcançando o valor nunca antes registrado de 8 óbitos por mil nascidos vivos. Trata-se de um relato de experiência com o objetivo de descrever as estratégias municipais implantadas para redução da mortalidade infantil. Entre as estratégias implantadas destacou-se a ficha de acompanhamento do pré-natal, a atualização do protocolo assistencial com introdução de exames e novas rotinas, capacitação da equipe multidisciplinar, fortalecimento da visita domiciliar, sensibilização contínua diante da responsabilidade individual e coletiva da equipe e implantação da Semana do Bebê, “Projeto Maternagem” e “Projeto Viver”. O desafio agora é manter as equipes motivadas, atualizadas e monitoradas, a fim de conservarmos esse indicador em valores menores do que um dígito.

**Palavras-chave:** mortalidade infantil, estratégias, enfermagem.

### Abstract

Historically, the municipality of Itapeva/SP has always had high rates of infant mortality, and from 2010 to 2016 rates ranged from 15.0 to 23.3. In 2017, it significantly reduced its rate, reaching a never before recorded value of 8 deaths per thousand live births. This is an experience report with the purpose of describing the municipal strategies implemented to reduce infant mortality. Among the strategies implemented stood out the prenatal follow-up form, the update of the care protocol with the introduction of exams and new routines, training of the multidisciplinary team, strengthening of the home visit, continuous awareness of individual and collective responsibility of the team and implantation of “Baby Week”, “Maternity Project” and “Live Project”. The challenge now is to keep the teams motivated, updated and monitored, so we can keep that indicator at less than one digit.

**Keywords:** infant mortality, strategies, nursing.

<sup>I</sup> Gislaine Pinn Gil (laineppinn@gmail.com) é Enfermeira. Mestre em Ciências e especialista em Gerenciamento em Serviços de Enfermagem. Diretora do Departamento da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Itapeva/SP.

<sup>II</sup> Dalvane Cristina de Moraes Oliveira (dal-morais@hotmail.com) é Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Chefe de Controle e Monitoramento dos Serviços e Ações de Unidade Primária de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Itapeva/SP.

<sup>III</sup> Karen Grube Lopez (kagrube@hotmail.com) é Enfermeira. Especialista em Saúde da Família, Gestão em Enfermagem e Terapia Intensiva. Responsável pelo Serviço de Assistência Especializada em Moléstias Infectocontagiosas.

<sup>IV</sup> Kely Keyko (kely\_keiko@yahoo.com.br) é Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Chefe de Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Itapeva/SP.

<sup>V</sup> Regina Célia César (reginaccesar@hotmail.com) é Enfermeira. Especialista em Obstetrícia e Saúde da Família. Responsável do Centro Materno Infantil.

### Introdução

A taxa de mortalidade infantil (TMI) fornece uma estimativa do risco de morrer a que essa população está exposta no primeiro ano de vida, sendo um sensível indicador de condições de vida e saúde. A grande maioria das mortes nessa faixa etária é evitável, estando relacionadas principalmente às condições de vida, da gestação, do parto e integralidade da criança<sup>1</sup>.

A mortalidade infantil (MI) sofre influência direta das condições socioeconômicas e se reflete na efetividade de intervenções governamentais no âmbito da saúde pública. Nestas condições, 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<sup>2</sup>.

A redução da mortalidade infantil fez parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, compromisso dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) para que, com a globalização, o mundo se torne mais inclusivo e equitativo. Para atingir a meta, o Brasil deveria apresentar uma taxa de mortalidade infantil inferior a 15,7 óbitos por mil nascidos vivos ao fim de 2015. Isso equivale a uma redução de dois terços em relação às taxas de 1990<sup>3</sup>. Em 1980, a taxa era de 78,5 óbitos por mil nascidos vivos; em 2015,

de 12,4, demonstrando que o país acompanhou uma tendência global de queda da MI influenciada pelos diversos investimentos na área socioeducacional, de saneamento e de saúde<sup>4</sup>.

O Estado de São Paulo, entre 2010 e 2016, ficou abaixo da média nacional, com taxas de MI variando de 10,8 a 11,8<sup>5</sup>. Nesse mesmo período, Itapeva oscilou entre 15,0 a 23,3, chegando a apresentar taxas correspondentes ao dobro da média do Estado.

No ano de 2016, apenas 27% dos municípios paulistas obtiveram uma taxa de mortalidade infantil superior a 14 óbitos por mil nascidos vivos<sup>6</sup>, entre eles, o município de Itapeva (20,9).

Historicamente, o município sempre apresentou índices elevados de TMI. No entanto, em 2017, atingiu-se um valor nunca antes registrado de oito óbitos por mil nascidos vivos (Tabela 1).

O presente trabalho tem por objetivo descrever as estratégias implantadas pelo município que ocasionaram a redução da mortalidade infantil.

**Tabela 1 – Histórico da taxa de mortalidade infantil do município de Itapeva/SP, de 2010 a 2017.**

Ano	DNV* Itapeva	Natimorto	Mortalidade Infantil			Total	Taxa de Mortalidade Infantil
			Neonatal		Pós-neonatal		
			Precoce 0 – 6 dias	Tardia 7 – 27 dias	28 dias – < 1 ano	Óbitos 0 – < 1 ano	
2010	1.385	13	11	5	10	26	18,7
2011	1.386	15	15	3	10	28	20,2
2012	1.397	12	13	4	4	21	15,0
2013	1.416	11	15	5	12	33	23,3
2014	1.449	8	12	5	6	22	15,1
2015	1.505	6	19	5	6	29	19,2
2016	1.432	7	15	7	8	30	20,9
2017	1.373	6	4	4	3	11	8,0

\* Declaração de Nascido Vivo.

Fonte: SIM/SINASC

## Metodologia

A produção deste artigo se deu a partir das experiências vivenciadas para a implantação de estratégias de combate à mortalidade infantil no município de Itapeva. O município situa-se na região sudoeste do Estado de São Paulo, a 270 quilômetros da capital, possuindo 93.570 habitantes, sendo a segunda maior cidade do Estado em dimensão territorial, com extensa área rural. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em 2010 foi 0,732, enquanto o IDH do Estado de São Paulo, no mesmo período, foi de 0,853, ambos considerados altos<sup>7</sup>.

O município possui uma estrutura própria do sistema de saúde que integra 23 unidades básicas de saúde (UBS), sendo 15 Estratégias Saúde da Família (ESF), sete Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e um Centro de Saúde; um Centro Materno Infantil (referência para gestantes e crianças menores de 2 anos de alto risco); um Núcleo Ampliado da Saúde da Família – NASF I; um Serviço de Assistência Especializado em Moléstias Infectocontagiosas, um Centro de Especialidades; um Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), uma unidade de Saúde Mental (CAPS II); uma Casa do Adolescente e uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA24h.

Na área hospitalar, possui um único hospital, a Santa Casa de Misericórdia de Itapeva (SCMI), filantrópico, caracterizado como médio porte, referência regional para 15 municípios. Possui pronto-socorro referenciado, leitos clínicos, cirúrgicos, intensivo adulto (10 leitos) e neonatal (10 leitos), setores de hemodiálise, oncologia e maternidade de alto risco. Soma-se ainda à rede de saúde um Ambulatório Médico de Especialidades (AME), também de referência regional.

Em 1998, o município implantou o Comitê de Mortalidade Materno Infantil (CMMI), regulamentado pela Portaria nº 1.798/1998, composto

por uma equipe multidisciplinar de médicos, enfermeiros e outras áreas técnicas envolvidas com o tema, atuantes na Atenção Primária e Especializada, Vigilâncias em Saúde, Programa de IST / AIDS e Serviço Hospitalar, com a finalidade de investigar todos os óbitos maternos, infantis e fetais, visando a identificar e recomendar a correção de falhas, bem como propor e apoiar temas para a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência à gestação, parto, puerpério, saúde da criança e da mulher.

O CMMI possui uma ficha padronizada de Investigação de Óbito, preenchida sistematicamente em todo caso de óbito materno, infantil ou natimorto. Os investigadores são enfermeiros e médicos da rede básica que realizam a investigação em 2 momentos: 1 – entrevista com a família no domicílio e observação das condições de vida; 2 – leitura e transcrição literal da assistência prestada, registrada nas fichas de atendimento e prontuários dos serviços de saúde, desde o início da gestação até o momento do óbito, compreendendo o atendimento prestado pelos serviços da atenção básica, unidades de referência e especialidades, pronto-socorros, maternidade, rede particular e conveniada, ou seja, todas as instituições de saúde que prestaram atendimento a essa gestante/criança. Em posse desses dados, durante as reuniões que ocorrem mensalmente é realizada uma apresentação do caso e a equipe do CMMI faz a reconstrução da causa básica do óbito, identifica as fragilidades ocorridas durante o processo que levou ao óbito, discutindo a evitabilidade e encaminhando as recomendações para o gestor.

A partir das necessidades verificadas nos casos investigados, formou-se em 2014, dentro do Comitê, um grupo técnico composto por enfermeiras atuantes na Atenção Primária e Especializada (Centro Materno Infantil), da Vigilância Epidemiológica e do SAE (Programa de IST/AIDS),

para avaliar as falhas identificadas, estabelecer prioridades de atuação, definir possíveis estratégias para resolução dos problemas, a fim de melhorar a assistência ao pré-natal e à criança e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade.

### Resultados

As ações foram iniciadas efetivamente a partir de 2014. Primeiramente, procurou-se conhecer quais eram as principais fragilidades decorrentes dos óbitos infantis, e as investigações do CMMI identificaram as principais causas das mortes e guiaram a introdução de novos insumos e reorientação de condutas e fluxos.

A princípio, constatou-se que muitos óbitos relacionavam-se à infecções tratadas inadequadamente e controle/tratamento impróprio das hipertensões e diabetes, situações que estavam previstas e orientadas em protocolos assistenciais, porém na prática não estavam sendo cumpridas.

A partir disso, foram priorizados temas para capacitação e deu-se início a um trabalho de educação permanente, visando a fortalecer o trabalho das equipes de atenção primária à saúde e melhorar a assistência ao pré-natal.

Realizou-se o “I Ciclo de Atualização do Pré-natal” destinado a médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os temas abordados foram: a) aos médicos e enfermeiros – atualização do protocolo de pré-natal, tratamento das infecções urinárias, tratamento da hipertensão na gestação; b) aos técnicos de enfermagem e ACS – atualização do protocolo de pré-natal simplificado, importância da pré e pós-consulta de enfermagem e da visita domiciliar; c) à equipe multiprofissional: aleitamento materno.

Diante do diagnóstico de outras fragilidades no seguimento dos protocolos assistenciais,

foi desenvolvida uma ficha individual de monitoramento e acompanhamento do pré-natal com a função de orientar as rotinas e ampliar o olhar sobre a gestante (Figuras 1 e 2). Nessa ficha, as enfermeiras das unidades de saúde preenchem mensalmente todos os dados relativos ao pré-natal, incluindo perfil socioeconômico, datas das consultas e retornos, resultados de exames, tratamentos realizados, esquema vacinal, encaminhamentos, consulta odontológica, realização do pré-natal do homem, Papanicolau, exame especular, visita do ACS e educação em saúde. Posteriormente, as fichas são monitoradas por enfermeiras do grupo técnico que avaliam *in loco* se o seguimento está adequado ou não e, ao identificar inconsistências, faz-se um alerta imediato à unidade de saúde que prontamente verifica a situação. Essa estratégia é importante à medida que condutas mal ou não realizadas são precocemente identificadas e resolvidas, caracterizando-se também como educação para a equipe. Essa supervisão ocorre rotineiramente em todas as unidades de saúde, com maior frequência naquelas que apresentam maiores dificuldades. Essas fichas também são utilizadas para alimentação do Programa SISPRENATAL WEB.

Para a atualização do protocolo, foram introduzidos exames na rotina assistencial, como a coleta de Papanicolau, preferencialmente na primeira consulta de pré-natal; o teste rápido de proteinúria e disponibilização de *kit* de antibioticoterapia na própria unidade de saúde para tratamento imediato em casos de ITU em gestante. Diante dos inúmeros casos de malformações verificou-se a necessidade de ampliar de duas para três o número de ultrassonografias obstétricas realizadas de rotina para gestante de risco habitual, possibilitando o encaminhamento oportuno para o serviço de referência. Devido aos casos inconclusivos, porém, com presença de infecção neonatal verificou-se a necessidade de implantação

Figura 1 – Ficha de acompanhamento de pré-natal (frente)

Acompanhamento de pré-natal - SISPRENATAL E MONITORAMENTO												nº Sisorenatal:																																	
Nome:		Idade:		Raca:		Profissão:		Risco gestacional: ( ) Alto ( ) Baixo		Data consulta no alto risco: / /		Motivo:																																	
Contato: Cartão SUS:		Escolaridade:		Estado civil:		Identificação da ficha obstétrica / nome da unidade: ( ) S ( ) N																																							
Nome da Mãe:																																													
Gêrvias: G atual: A: PII: PC:				Mortos na 1ª semana: ( ) Sim ( ) Não																																									
Antecedentes clínicos: ( ) Pré-eclâmpsia ( ) Diabetes ( ) Eclâmpsia ( ) Cardiopatia				Mortos depois da 1ª sem: ( ) Sim ( ) Não																																									
( ) Doença mental ( ) Tromboembolismo ( ) HAS ( ) Outros				Histórico anterior: ( ) Ectópica ( ) ≤2500 ( ) ≥4500 ( ) pré-eclâmpsia / eclâmpsia																																									
<b>Intercorrência na gestação atual:</b> (1) Trabalho de parto prematuro (2) Isoimunização Rh (3) ITU (4) Pós-datismo (5) Ruptura prematura de membranas (6) Cardiopatia (7) HIV/AIDS (8) Cigarros (9) Incontinência Istmo-Cervical (10) Pré-eclâmpsia (11) Eclâmpsia (12) Álcool (13) Diabetes gest. uso de insulina (14) Violência doméstica (15) Drogas (16) Crescimento uterino retardado (17) oligo/polidrâmo (18) HAS em uso de med (19) Hemorragia 1º trim (20) Hemorragia 2º trim (21) Hemorragia 3º trim																																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>ABO/Rh</th> <th>Hb</th> <th>Ht</th> <th>Plaquetas</th> <th>PFV</th> <th>Glicemia</th> <th>Toxo IgM/IgG</th> <th>TOTG</th> <th>Strept. B</th> <th>Urina</th> <th>Cultura</th> <th>Proteína</th> <th>VDRL</th> <th>HIV</th> <th>Hep C</th> <th>HBSAg</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>														ABO/Rh	Hb	Ht	Plaquetas	PFV	Glicemia	Toxo IgM/IgG	TOTG	Strept. B	Urina	Cultura	Proteína	VDRL	HIV	Hep C	HBSAg																
ABO/Rh	Hb	Ht	Plaquetas	PFV	Glicemia	Toxo IgM/IgG	TOTG	Strept. B	Urina	Cultura	Proteína	VDRL	HIV	Hep C	HBSAg																														
DUM: / /		DPP: / /		Teste rápido 1º rot. Solicitado: / / às / h Result: / / às / h		Teste rápido 2º rot. s/n Solicitado: / / às / h Result: / / às / h		TIG Solicitado: / / às / h Result: / / às / h		PNM																																			
Exame de prevenção: Solicitado: / / Coletado: / / Visto resultado: / /				Resultado: / /																																									
Estatura: / /		Peso inicial: / /		IMC: / /		IG: / /		Prof.: / /		Data consulta: / /		PA: / /		Peso: / /																															
Planejadar: ( ) Sim ( ) Não																																													
Auxílio deslucamento: ( ) Sim ( ) Não																																													
1ª rotina		Solicitação: / / (IG: / /)		Coleta: / / (IG: / /)		Visto resu: / / (IG: / /)		USG		Data solicitação: / /		Data realização: / /		Visto resultado: / /																															
2ª rotina		Solicitação: / / (IG: / /)		Coleta: / / (IG: / /)		Entrega do resu: / / (IG: / /)		3ª USG		Data solicitação: / /		Data realização: / /		Visto resultado: / /																															
3ª rotina		Solicitação: / / (IG: / /)		Coleta: / / (IG: / /)		Entrega do resu: / / (IG: / /)		COOMBS INDIRETO		Solicitação: / /		coleta: / /		resumo: / /																															
Coleta odontológica		( ) encaminhada em: / /		( ) consulta realizada: / /		( ) não, motivo: / /		- Processo de Img/anti Rh D enviado para asslt. farmacêutica ( ) Sim ( ) Não		- Comunicado para CMI o nome do gestante: ( ) Sim ( ) Não		- Aplicação imunoglobulina anti Rh em: / /		*ATENÇÃO: a unidade de saúde é a responsável pelo processo de alto custo e contato com o CMI para informar o nome do gestante assim que enviar o processo para a assistência farmacêutica e posterior contato por volta da IG. 28 sem para agendamento de aplicação de imunoglobulina anti Rh D.																															
Tipo de gravidez: ( ) Única ( ) Gemelar ( ) tripla ou + ( ) ignorada		Step. do grupo B: sol: / /		coleta: / /		Resu: / /																																							

de exames diagnósticos de infecção materna, sendo incluída a pesquisa de Streptococcus tipo B entre a 35ª e 37ª semana gestacional, e de vaginose bacteriana com apoio de teste de ph e amina em qualquer período do acompanhamento, sendo obrigatório realizá-los em torno da 20ª semana gravídica para garantia do exame especular.

A identificação de casos de óbitos em famílias com alta vulnerabilidade fez surgir a necessidade de fortalecer as visitas domiciliares. Além da manutenção rotineira das visitas dos ACS, implantou-se a visita domiciliar a partir da 36ª semana por, minimamente, um profissional de formação técnica da unidade de saúde para avaliação das condições de moradia e dinâmica familiar; e visita da enfermeira para todos os recém-nascidos/puérperas até o 7º dia de nascimento, independentemente do convênio utilizado (SUS ou particular), para orientações de cuidados e educação em saúde. Essa experiência aproximou

as famílias às equipes, ampliou o acesso e estimulou o vínculo entre família/profissional.

A vulnerabilidade social também foi o cerne da idealização do “Projeto Viver”. Em parceria com a Fundação Itaú Social, ele perdurou de 2015 a 2017, com o objetivo de fortalecer a rede de apoio e complementar o acompanhamento de gestantes e crianças seguindo critérios de maior risco social por meio de equipe multiprofissional formada por enfermeira, assistente social, psicóloga e técnico de enfermagem. É válido ressaltar que das 200 mulheres e seus filhos acompanhados no período, não houve nenhum caso de óbito.

A necessidade de educação em saúde desse público suscitou a implantação via lei municipal da Semana do Bebê, a ser realizada no mês de maio de cada ano, onde todas as equipes se mobilizam para realizar ações educativas, de sensibilização e motivacionais do cuidado à criança. Concomitantemente, criou-se o Projeto



Figura 2 – Ficha de acompanhamento de pré-natal (verso)

AÇÕES EDUCATIVAS - DATA / TEMA:		DATA / TEMA:	
VACINAÇÃO: Hep B ( ) 1ª dose ( ) 2ª dose ( ) 3ª dose Influenza ( ) sim ( ) não dti ( ) Ref ( ) Imune < 5 anos ( ) 1ª dose ( ) 2ª dose ( ) 3ª dose DTpa ( )			
Trata completo parcial ( ) sim ( ) não VDRL reagente ( ) sim ( ) não Encaminhada alto risco ( ) sim ( ) não Notificado ( ) sim ( ) não			
VD a partir de 10 de 36a: Data: / / Horário: Profissional: Familiar presente:			
Orientações: Ass. Carimbo resp. VD: Visita do RN até o 7º dia no domicílio: ( ) Sim / / ( ) Não, justificar:			
Parto / Puopório: Data do parto: / / Consulta puerperal: / / Tipo de parto: ( ) Vaginal ( ) Cesáreo ( ) Forcops ( ) Aborto			
Aleitamento: ( ) Materno ( ) Artificial ( ) Misto Acompanhante durante o parto: ( ) sim ( ) não local do parto: ( ) hospital ( ) outro, _____			
Planejamento familiar: ( ) anticonceção ( ) preservativo ( ) anticoncepcional: Profissional responsável: _____			
OBSERVAÇÃO DO ACS			
Condições de moradia? ( ) Boa ( ) Precária Sinais de alerta? ( ) Não tem ( ) Não aceitação da gestação ( ) Falta de apoio familiar			
Saneamento básico: ( ) Sim ( ) Não Exposição a risco? ( ) Drogas ( ) Violência ( ) Social ( ) Outro _____			
Iluminação ( ) Sim ( ) Não Outros problemas: _____			
VISITA DOMICILIAR DO ACS			
Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
OBS SINAIS DE ALERTA OBSERVADOS NA VD DO DIA / PROVIDÊNCIAS:			
OBSERVAÇÃO DO SUPERVISOR DA ATENÇÃO BÁSICA			
Data			Assinatura
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Maternagem, visando a nutrir as mulheres de informação, realizando ações educativas, grupo de gestantes e palestras em sala de espera de temas relacionados ao manejo e cuidado à gestante e ao RN. As ações são realizadas semanalmente em todas as unidades básicas de saúde e Centro Materno Infantil, desenvolvidas pela própria equipe multiprofissional, sob supervisão a distância da Gerência de Atenção Básica e do NASF.

A fim de promover uma reflexão sobre o processo de trabalho, autoavaliação e educação continuada aos profissionais, após os apontamentos realizados pelo CMMI a cada óbito investigado, instituiu-se uma roda de conversa com a equipe da unidade de saúde envolvida, onde são discutidos os pontos positivos e as fragilidades do acompanhamento pré-natal e pueril.

Diante dessas vivências, conclui-se que o trabalho em equipe multiprofissional concomitante

à sensibilização dia a dia ante a responsabilidade individual e da equipe no cuidado e atenção à gestante e ao menor de ano, foram de grande importância para os avanços galgados. No entanto, destacamos o papel do enfermeiro nesse cenário, tanto enquanto gerente da unidade de saúde ao conduzir e liderar sua equipe, quanto à vigilância e coordenação de todas as ações e processos realizados.

### Considerações finais

Importante destacar que a redução da mortalidade não foi imediata. Passaram-se três anos para sentirmos o reflexo nos indicadores.

O novo desafio é manter as equipes motivadas, atualizadas e monitoradas, a fim de conservarmos esse indicador em valores menores do que um dígito. Há uma conduta expectante no sentido de avaliarmos se passamos por um ano

atípico e retornaremos a apresentar taxas indesejáveis, ou se realmente tivemos êxito consistente e todas as ações implantadas estão consolidadas no processo de trabalho das equipes.

É fato que as ações municipais de promoção do cuidado seguro e qualidade da assistência à gestante, parto e criança menores de um ano de idade devem ser contínuas e sistemáticas. Além disso, tornam-se imprescindíveis também os constantes investimentos e políticas adequadas do poder público.

#### Referências

1. Fernandes CA, Vieira VCL, Scochi M.J. Mortalidade infantil e classificação de evitabilidade: pesquisando municípios da 15ª regional de saúde Paraná. [Internet]. 2013. [acesso em 2018 abr 15]. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16537/pdf/88>.
2. RIPSAs – 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.
3. IPEA. Brasília: Ipea. 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Informações em saúde. *Mortalidade*. [Internet]. 2015. [acesso em 2018 abr 15]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>.
5. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. [Internet]. 2018. [acesso em 2018 jun 28]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/links/matriz>.
6. Fundação SEADE. Mortalidade infantil é a menor já registrada em São Paulo. [Internet]. 2016. [acesso em 2018 abr 15]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/mortalidade-infantil-e-a-menor-ja-registrada-em-sao-paulo/>
7. IBGE. [Internet]. 2017. [acesso em 2018 jun 28]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=3522406>