



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CAMPUS II – IMPERATRIZ/MA
CURSO DE MEDICINA

**PERFIL DO ÓBITO INFANTIL EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO NO PERÍODO
DE 2016 A 2020**

JOSÉ DA SILVA JÚNIOR

JOSÉ DA SILVA JÚNIOR

**PERFIL DO ÓBITO INFANTIL EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO NO PERÍODO
DE 2016 A 2020**

Trabalho de Conclusão de Ciclo apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão - UFMA/Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador(a): Prof. Me. Professor me.
Jaisane Santos Melo Lobato

Imperatriz-Ma

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

JUNIOR, JOSE SILVA.

PERFIL DO ÓBITO INFANTIL EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO NO
PERÍODO DE 2016 A 2020 / JOSE SILVA JUNIOR. - 2023.
25 p.

Orientador(a): JAISANE SANTOS MELO LOBATO.
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
IMPERATRIZ, 2023.

1. Mortalidade infantil. 2. Perfil epidemiológico. 3.
Saúde. I. SANTOS MELO LOBATO, JAISANE. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA

Candidato: JOSÉ DA SILVA JÚNIOR

Título: PERFIL DO ÓBITO INFANTIL EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO NO PERÍODO DE 2016 A 2020

Orientador: Prof. Jaisane Santos Melo Lobato
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada 28/09/2023, às 19h considerou

Aprovado (x)

Reprovado ()

Banca Examinadora:

Presidente: Prof. Esp. Jaisane Santos Melo Lobato
Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Prof. Ma. Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa
Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Prof. Esp. Antonia Iracilda e Silva Viana
Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Imperatriz-MA, 28 de setembro de 2023

SUMÁRIO

RESUMO	2
ABSTRACT	3
1. INTRODUÇÃO	4
1. METODOLOGIA.....	6
2. RESULTADOS	7
3. DISCUSSÃO	12
4. CONCLUSÃO.....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
ANEXO(S)	19

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

Título: PERFIL DO ÓBITO INFANTIL EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO NO PERÍODO DE 2016 A 2020

Autor: José da Silva Júnior

Status: Submetido

Revista: Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

ISSN: 2446-5410

Fator de Impacto: Qualis B3

DOI: Não disponível

TÍTULO:

Perfil do óbito infantil em um município do Maranhão no Período de 2016 a 2020

Autores:

José da Silva Júnior ¹ Jaisane Santos Melo Lobato ²

¹ Discente da Universidade Federal do Maranhão

² Docente da Universidade Federal do Maranhão

Endereço completo do autor para correspondência:

Avenida Pedro Neiva de Santana, 520A, Jardim América, Imperatriz-MA, Brasil.

CEP: 65914-730

Telefone de contato: (88) 98426-2381

E-mail: js.junior@discente.ufma.br

Instituição sede da pesquisa:

Universidade Federal do Maranhão

Fontes de financiamento à pesquisa:

Próprio

Declaração de conflitos de interesse:

Declaramos que não há conflitos de interesse

RESUMO

Introdução: A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) representa um importante indicador das condições de saúde uma população e um problema de saúde pública, especialmente pelo fato de que a maioria desses óbitos infantis ocorrem por causas evitáveis. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), há uma relação entre a mortalidade infantil e a eficácia dos cuidados relacionados à saúde, no período de pré-natal, parto, recém-nascido e com a criança durante o seu primeiro ano de vida. No Brasil, apesar da redução da taxa de mortalidade infantil ocorrido nas últimas décadas, não ocorreu de forma homogênea nem a nível nacional, nem mesmo regional. **Objetivo:** Analisar o perfil da mortalidade infantil na cidade de Imperatriz, Maranhão, no período de 2016 a 2020. **Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico de abordagem quantitativa e caráter descritivo e exploratório a partir de dados secundários extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/ DATASUS) de todos os óbitos menores de um ano ocorridos no município de Imperatriz. Para análise das informações foram utilizados variáveis relacionadas a criança e a mãe, como sexo, cor/raça idade da mãe, escolaridade da mãe, duração da gestação, tipo de parto, tipo de gravidez, peso ao nascer e local do nascimento, causa da morte infantil. **Resultados:** Um total 1.249 óbitos foram registrados no período, sendo o ano de 2016 (298 óbitos) com maior número de registros, e o menor em 2020 (186 óbitos). Houve um decréscimo progressivo na taxa de mortalidade ao longo dos anos, em 2016 foi de 30,92 e em 2020 foi 22,69. A prevalência dos óbitos ocorreram no sexo masculino (56,5%), cor parda (69,58%). Foram prevalentes as causas dos óbitos relacionadas afecções originadas ao período perinatal com 747 registros (59,8%), seguida de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas com 251(20%) dos registros. Óbitos na faixa etária de 0 a 6 dias foram prevalentes (56,84%). Mães com pouco 8 a 11 anos de estudos foram prevalentes (49,31%), e com idade de 20 a 29 anos (43,07%). **Conclusão:** Diversas são as variáveis que refletem as condições precárias que grande parte da população está exposta, e isso é demonstrado pelas taxas ainda elevadas, nas quais pessoas que estão numa maior fragilidade social (indígenas, pretos e pardos) são mais afetadas,

Palavras-chave: Mortalidade infantil. Perfil epidemiológico. Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Infant Mortality Rate (IMR) represents an important indicator of the health conditions of a population and a public health problem, especially due to the fact that most of these infant deaths occur from preventable causes. According to the World Health Organization (WHO), there is a relationship between infant mortality and the effectiveness of health-related care, in the prenatal period, delivery, newborn and with the child during their first year of life. In Brazil, despite the reduction in the infant mortality rate that has occurred in recent decades, it has not occurred homogeneously, either nationally or even regionally. **Objective:** To analyze the profile of infant mortality in the city of Imperatriz, Maranhão, from 2016 to 2020. **Methodology:** This is an ecological study with a quantitative approach and a descriptive and exploratory character based on secondary data extracted from the Information System on Mortality from the Ministry of Health (SIM/DATASUS) of all deaths under one year old in the municipality of Imperatriz. For the analysis of the information, variables related to the child and the mother were used, such as sex, color/race, mother's age, mother's education, duration of pregnancy, type of delivery, type of pregnancy, birth weight and place of birth, cause of infant death. **Results:** A total of 1,249 deaths were recorded in the period, with the year 2016 (298 deaths) having the highest number of records, and the lowest in 2020 (186 deaths). There was a progressive decrease in the mortality rate over the years, in 2016 it was 30.92 and in 2020 it was 22.69. The prevalence of deaths occurred in males (56.5%), brown (69.58%). The causes of death related to conditions originating in the perinatal period were prevalent with 747 records (59.8%), followed by congenital malformations, deformities and chromosomal anomalies with 251 (20%) of the records. Deaths in the age group of 0 to 6 days were prevalent (56.84%). Mothers with little 8 to 11 years of education were prevalent (49.31%), and aged 20 to 29 years (43.07%). **Conclusion:** There are several variables that reflect the precarious conditions that a large part of the population is exposed to, and this is demonstrated by the still high rates, in which people who are in greater social fragility (indigenous, black and brown) are more affected,

Keywords: Infant mortality. Epidemiological profile. Health.

1. INTRODUÇÃO

A mortalidade Infantil é um problema de saúde pública, especialmente pelo fato de que a maioria desses óbitos infantis ocorrem por causas evitáveis. Através do perfil do óbito infantil é possível obter informações relevantes sobre a base da problemática que, por sua vez, geralmente refletem sobre a saúde do local analisado num determinado espaço de tempo, analisando-se, assim, diversas variáveis que podem refletir as precárias condições de vida e de saúde, além do próprio baixo nível de desenvolvimento econômico¹.

Ademais, é importante também destacar sobre a expressão "Taxa de Mortalidade Infantil", que, de acordo com a RISPA (Rede Interagencial de Informação para Saúde), se traduz na quantidade de óbitos de menores de um ano de idade a cada mil nascidos vivos, numa população residente de um determinado local e num determinado tempo. Dessa forma, ela busca estimar o risco que uma criança está submetida de morrer antes de completar um ano de vida. Além disso, índice de mortalidade infantil pode ser utilizado como um coeficiente de desenvolvimento social e econômico de uma determinada região².

A mortalidade infantil pode ser subdividida em 03 fases, que se diferenciam de acordo com o período pós-parto, que são: mortalidade neonatal (morte entre 0 a 28 dias), mortalidade infantil pós neonatal (28 dias a menor que 01 ano de idade). Ademais, a mortalidade neonatal ainda é classificada em precoce que se refere quando a morte ocorre de 0 a 07 dias e em tardio que ocorre de 07 a 28 dias. Essas classificações são de suma importância, pois há uma diversificação quanto às principais causas de óbito por determinado período, como o fato de que a mortalidade neonatal está mais relacionada com uma ineficiência da atenção e qualidade à saúde, enquanto que a pós-natal relaciona-se primariamente com o meio em que a criança se desenvolve³.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os dados sobre a mortalidade infantil são de suma importância, haja vista que há uma relação entre eles e a eficiência dos cuidados em relação à saúde⁴. Principalmente no que tange ao cuidado com o pré-natal, parto, recém-nascido e com a criança durante o seu primeiro ano de vida, sendo dessa forma, portanto, utilizado para direcionar políticas públicas focadas nesse âmbito⁵.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) reflete diretamente as condições socioeconômicas do país ou região. No Brasil, as últimas décadas (1990 a 2015) foram marcadas por uma redução no coeficiente de mortalidade infantil, e a região nordeste destacou-se no período apresentando números satisfatórios na TMI⁶. No entanto, apesar dessa redução, essa região continua ocupando o segundo lugar no ranking das maiores taxas do país, não alcançando a meta de 10 mortes por mil nascidos vivos, recomendada pela OMS⁷.

A redução da taxa de mortalidade infantil pode estar relacionada ao desenvolvimento científico, às políticas públicas implantadas e implementadas, bem como ao aumento da disponibilidade de saneamento básico, à ampliação da acessibilidade a vacinas, ao avanço na estrutura e à organização da atenção básica destinada à criança. Porém, apesar de toda tecnologia e leis existentes atualmente, ainda há muitas regiões, principalmente aquelas que possuem o menor IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) apresentando maior taxa de mortalidade infantil^{8,9}.

Além disso, mesmo com os avanços, um grande problema que assola o país e que contribui para a persistência de uma alta mortalidade infantil em determinados locais é a desigualdade socioeconômica. Portanto regiões mais carentes como o Norte e o Nordeste, que possuem uma menor disponibilidade de profissionais da saúde, condições precárias em muitos hospitais e no próprio ambiente que a criança vai se desenvolver devido à falta de estruturas imprescindíveis para uma sociedade, como o saneamento básico, continuam a apresentar uma elevada taxa de mortalidade infantil, registrando uma média de 16,1 para cada mil nascidos vivos. Superando assim o que foi proposto pela ONU, que seria de até dez óbitos infantis para cada mil nascidos vivos (10/1000 NV), sendo esse um objetivo essencial para melhoria da qualidade de vida¹⁰.

No Brasil a mortalidade infantil apresentou uma melhora significativa após instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) até 2015 devido a esforços no âmbito como a vacinação e o acesso a atenção primária a saúde¹¹. Estados, como o Maranhão utilizam do programa Cuidando do Futuro, com a finalidade de obterem informações sobre as principais causas da mortalidade infantil e em que período elas ocorrem, para que assim fique mais compreensível onde devem estar centradas as políticas públicas para combater essa problemática¹².

Entretanto, a cidade de Imperatriz ainda carece de estudos e de informações que desenvolvam e que abordem a relação entre o número de óbitos e os perfis mais afetados, para uma melhor qualidade e expectativa de vida das crianças. Logo, o presente estudo objetivou analisar o perfil do óbito infantil na cidade de Imperatriz-MA, no período de 2016 a 2020.

1. METODOLOGIA

Constituiu-se de um estudo ecológico de abordagem quantitativa e caráter descritivo e exploratório a partir de dados secundários extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/ DATASUS)¹³ de todos os óbitos menores de um ano ocorridos no município de Imperatriz-MA no período de 2016 a 2020, e as causas associadas aos mesmos.

A amostra foi obtida a partir dos dados presentes no DATASUS, em que foram selecionados os óbitos de crianças menores de um ano de ambos os sexos residentes na cidade de Imperatriz-MA. Os óbitos de outras cidades foram extraídos sobre o mesmo aspecto a fim de efeito de comparação da mortalidade infantil.

Com a coleta realizada, os dados obtidos foram listados eletronicamente em uma planilha de dados no Microsoft Office Excel® 2016, utilizando-se do software para obtenção de análise estatística descritiva, (frequência absoluta e relativa). O coeficiente de mortalidade infantil foi calculado por meio da divisão entre o número de óbitos de crianças menores de um ano pelo total de nascidos vivos multiplicado por mil, conforme Equação 1.

Equação 1:

$$\text{Taxa de mortalidade infantil} = (\text{N}^\circ \text{ óbitos} \div \text{N}^\circ \text{ nasc. vivos}) \times 1000$$

Dentre as variáveis para discernir cada panorama, tem-se a cor/raça (branca, negra, parda), a idade da mãe (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 54 anos), o tipo de parto (vaginal, cesáreo), o peso ao nascer (extremo baixo peso, muito baixo peso, baixo peso, peso insuficiente, peso adequado, macrossomia), a escolaridade da mãe (01 a 03 anos, 04 a 07 anos, 08 a 11 anos, 12 anos ou mais), a duração da gestação (pré-termo, a termo, pós-termo), o local do nascimento

(domicílio, hospital, outro estabelecimento de saúde), o ano do óbito (2016 a 2020), o sexo (masculino/ feminino). Já as subclassificações são relacionadas ao tempo, como mortalidade neonatal precoce (0-7), tardio (7-28), mortalidade pós-natal (até menor de 01 ano de idade).

Quanto as causas da mortalidade infantil, as mesmas foram descritas de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID10)¹⁴.

2. RESULTADOS

Registrou-se durante os anos de 2016 à 2020, no estado do Maranhão, 7.846 óbitos de crianças menores de um ano, tendo 1.249 óbitos registrados na cidade de Imperatriz, correspondendo á um total de 15,90% dos registros do estado no período. Ficando atrás apenas da capital, São Luís, que no mesmo período registrou 3456 óbitos, correspondendo a 44,04%,

Na tabela 1 estão expressos os registros dos óbitos na cidade de Imperatriz, segundo ano de ocorrência, bem o número de nascidos vivos e conseqüente taxa de mortalidade por ano de ocorrência. Foi evidenciado conforme demonstração da tabela 1, que na série avaliada, que houve um decréscimo na taxa de mortalidade infantil. Quanto ao registro no número de óbitos, foi possível evidenciar que o ano de 2016 apresentou maior número de registro com 298 casos, e maior taxa de mortalidade, 30,92 mortes/ mil nascidos vivos. Já o número de nascidos vivos foi evidenciado em maior número de registros no ano de 2018.

Tabela 1. Número de óbitos infantis, número de nascidos vivos e taxa de mortalidade infantil da cidade de Imperatriz no período 2016 e 2020, conforme ano de ocorrência.

Variável/Ano	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos	298	297	252	216	186
Nascidos vivos	9.637	9.728	9929	9492	8196
Taxa	30,92	30,53	25,38	22,75	22,69

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade

Quando avaliado a distribuição dos registros de óbitos segundo o sexo da criança, foi possível evidenciar que houve prevalência do sexo masculino com 706 óbitos correspondendo a 56,52%, 537 (42,99%) óbitos do sexo feminino, e 6 (0,48%) foram registrados como ignorado.

Em relação a variável cor/raça sub classificadas, foi predominante a raça parda com 869 (69,58%), e a raça indígena com menor número de registros (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de óbitos infantis por ano de ocorrência, segundo cor/raça

Número de óbitos infantis segundo a cor/raça						
Ano do Óbito	Branca	Preta	Parda	Indígena	Ignorado	Total
2016	61	3	206	15	13	298
2017	62	4	201	20	10	297
2018	42	4	175	19	12	252
2019	34	7	157	14	4	216
2020	36	4	130	8	8	186
Total	235	22	869	76	47	1249

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade

No que se refere aos óbitos por causas definidas, na tabela 3 estão expressos os resultados referentes a causa do óbito, portanto foi possível identificar dentre os óbitos ocorridos no período uma prevalência das causas relacionadas afecções originadas ao período perinatal com 747 registros, correspondente à 59,8%, seguida de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas com 251 registros, correspondente à 20% dos casos. Já as causas por doenças de pele e do tecido subcutâneo, bem como das doenças do aparelho geniturinário, apresentam o menor número de registros.

Tabela 3 – Número de registros de óbitos de menores de 1 ano na cidade de Imperatriz no período de 2016-2020, segundo a causa básica do óbito definidas de acordo com CID-10

Capítulo CID 10	Número de registros
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	77
II. Neoplasias (tumores)	3

III. Doenças sangue órgãos hemat e transtornos imunitários	10
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	19
VI. Doenças do sistema nervoso	23
IX. Doenças do aparelho circulatório	17
X. Doenças do aparelho respiratório	58
XI. Doenças do aparelho digestivo	21
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	747
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	251
XVIII. Sint sinais e achados anormais ex clín e laboratoriais	7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12
Total	1249

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade

Em relação ao número de óbitos quanto a idade da criança no momento do óbito, os de faixa etária de 0 a 6 dias foram prevalentes, corresponderam a 710 (56,84%) casos, os de 07 a 27 dias 218 (17,45%) e os de 28 a 364 dias 321 (25,70%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Registros de óbitos de menores de 1 ano na cidade de Imperatriz no período de 2016 a 2020, segundo faixa etária no momento do óbito.

Faixa etária menor no momento do óbito	Número de casos (N/%)
0 a 6 dias	710 (56,84%)
7 a 27 dias	218 (17,45%)
28 a 364 dias	321 (25,70%)

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade

Quanto ao peso ao nascer, tem-se a prevalência de 291 óbitos com peso acima de 3000g. No que se refere ao local de ocorrência do óbito, 1228 (98,32%) se deu no ambiente hospitalar, 8 (0,64%) em domicílio, 4 (0,32%) em via pública e 8 (0,64%) em outros (Tabela 6)

Tabela 6 – Registros dos óbitos de menores de 1 ano na cidade de Imperatriz no período de 2016 a 2020, segundo peso ao nascer e local de ocorrência do óbito.

DATA SUS - Óbitos por peso ao nascer - Imperatriz -MA 2016 a 2020	
Menos de 500g	13 (1,04%)
500 a 999g	238 (19,05%)
1000 a 1499g	177 (14,17%)
1500 a 2499g	249 (19,93%)
2500 a 2999g	149 (11,92%)
3000 a 3999g	252 (20,17%)
4000g e mais	39 (3,12%)
Ignorado	132 (10,56%)
Local de ocorrência	Número de Óbitos
Hospital	1.228
Outro estabelecimento de saúde	1
Domicílio	8
Via pública	4
Outros	8

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade

Observando o tempo de gestação e os registros dos óbitos dos menores de 1 ano, na tabela 6 é possível evidenciar uma prevalência de crianças prematuras. Os óbitos por duração da gestação foram de 118 (9,44%) em menos de 22 semanas, 397 (31,78%) de 22 a 31 semanas, 596 (47,71%) de 32 a 41 semanas e 12 (0,96%) acima de 42 semanas.

Ademais, analisando a escolaridade da mãe observou-se a baixa escolaridade foi prevalente, ou seja, até 11 anos de estudo que corresponde ao ensino fundamental. Na tabela 7 estão expressos os resultados encontrados, 59 (4,72%) óbitos a mães não tem nenhuma escolaridade, 61 (4,88%) com 01 a 03 anos, 271 (21,69%) com 04 a 07 anos, 616 (49,31%) com 8 a 11 anos e 97 (7,76%) com 12 anos ou mais.

Tabela 7. Óbitos infantis, segundo escolaridade materna e por duração da gestação Imperatriz -MA	
Nenhuma	59 (4,72%)
1 a 3 anos	61 (4,88%)
4 a 7 anos	271 (21,69%)
8 a 11 anos	616 (49,31%)

12 anos ou mais	97 (7,76%)
Ignorado	145 (11,60%)
Óbitos por duração da gestação - Imperatriz -MA 2016 a 2020	
Menos de 22 semanas	118 (9,44%)
22 a 31 semanas	397 (31,78%)
32 a 41 semanas	596 (47,71%)
Acima de 42 semanas	12 (0,96%)
Ignorado	126 (10,08%)

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade

Quanto à idade materna, houve no período 316 óbitos (25,3%) de crianças cujas mães adolescentes, apresentavam idade de 10 a 19 anos, 538 óbitos (43,07%) em mães com idade de 20 a 29 anos, 261 óbitos (20,89%) em mães de idade de 30 a 39 anos, 30 óbitos (2,40%) em mães com idade de 40 a 44 anos e 3 óbitos (0,24%) em mães com idade de 45 a 49 anos. Em relação ao tipo de parto, quase não houve diferença entre o tipo de parto cesáreo e vaginal, pois 589 (47,16%) se deu via cesáreo, 588 (47,08%) via vaginal e o ignorado (5,76%), que abrange outros tipos não mencionados (Tabela 8).

Tabela 8 - Óbitos de menores de um na cidade de Imperatriz, no período de 2016 a 2020, segundo idade da mãe e por tipo de parto

Óbitos por idade materna - Imperatriz -MA	
10 a 19 anos	316(25,30%)
20 a 29 anos	538 (43,07%)
30 a 39 anos	261 (20,89%)
40 a 44 anos	30 (2,40%)
45 a 49 anos	3 (0,24%)
Ignorado	101(8,32)
Óbitos por tipo de parto - Imperatriz -MA	
Vaginal	588 (47,08%)
Cesáreo	589 (47,16%)
Ignorado	72 (5,76%)

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade

3. DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que ocorreu uma redução progressiva dos óbitos infantis durante o período analisado, 2016 à 2020, acompanhada também uma redução da TMI, sendo o anos de 2016 o maior número de registros. Esse comportamento é reconhecido pela literatura de forma positiva e como uma evolução desse indicador devendo-se à conquista de melhorias das circunstâncias de vida, como acesso a serviços de saneamento básico, garantia de alimentação, nutrição adequada e imunização. Ademais, a efetividade de programas governamentais que auxiliam tanto em problemas, como o financeiro e a amenização da falta de acessibilidade, dentre eles o Programa Bolsa Família, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e a implantação da Rede Cegonha. Esses programas, quando aliados, são responsáveis por melhorar a cobertura e a qualidade dos cuidados durante o pré-natal, parto e nascimento^{15,16,17}.

Observou-se durante esses anos, os números relacionados com a mortalidade dos indivíduos do sexo masculino (56,52%) ultrapassaram com margem considerável a quantidade de óbitos daqueles que foram constatados como do sexo feminino (43%). Esse fato está de acordo com estudos de Silva *et al.*¹⁸ que também demonstrou resultados semelhantes, em que prevaleceu a mortalidade do sexo masculino, resultado que pode ser atribuído à realidade na qual o sexo feminino tem maior expectativa de vida por fatores genéticos, hormonais, culturais e exógenos. Além disso, há uma maior vulnerabilidade no recém-nascido do sexo masculino, como os fatores biológicos, as causas externas, como o estresse emocional, podendo estar associado a abortamentos e a partos prematuros, o que corrobora com os resultados da pesquisa¹⁹.

Em relação à raça/cor do público estudado, a maioria dos óbitos foi de crianças não brancas (pardos e pretos), totalizando 69,57%. Essa proporção de óbitos de crianças pardas e pretas são dados encontrados em muitos municípios, inclusive capitais do Brasil²⁰. Entretanto, a cor ou a raça isoladamente não é suficiente para determinar como um fato de risco para mortalidade, mas quando associada com outras evidências, como a renda e a escolaridade, podem ser

decisivas para inserir esse grupo em situações de fragilidade social por condições adversas²¹.

A partir das causas definidas investigadas pelo capítulo da Classificação Internacional de doenças (CID-10)¹⁴, é possível concluir que as afecções perinatais foram as principais responsáveis pelos óbitos infantis, demonstrando um valor de 59,8%, enquanto as anomalias congênitas apresentaram um valor de 20,0%. Esse resultado também é encontrado na literatura²² que também traz a prevalência primária de afecções perinatais, seguidas de causas congênitas. Em relação à alta taxa proveniente das afecções perinatais, esse fato traduz tanto uma fragilidade relacionada à saúde, quanto no auxílio ao bebê e à figura materna²³. Essas afecções e as anomalias congênitas estão intimamente ligadas com causas evitáveis, como a disponibilidade e o padrão de saúde fornecidos, sendo que os grupos de baixa renda são mais vulneráveis a essa realidade²⁴.

Além disso, outras enfermidades, como doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, do aparelho digestivo, doenças endócrinas nutricionais, e metabólicas também possuem relevância na mortalidade e na maioria das vezes são causas contornáveis. Logo, para abordar esse número substancial de causa de óbitos evitáveis, diversas medidas podem ser implementadas, como planejamento familiar, garantia do acompanhamento adequado durante o trabalho de parto, além de da assistência adequada aos recém-nascidos e no período até possuírem pelo menos 01 ano de idade²².

A análise do número de óbitos por faixa etária demonstrou uma prevalência tanto na subdivisão correspondente ao período de 0 a 6 dias (56,84%), quanto na subdivisão entre 28 e 364 dias (25,7%), sendo classificadas como mortalidade neonatal precoce e tardia, respectivamente. No que diz respeito aos óbitos no período neonatal, eles estão de acordo com a literatura²⁵, uma vez que a mesma relata esse período é mais fragilizado e influenciado pelas condições socioeconômicas da mãe, além da eficácia do pré-natal, do processo de parto e da assistência ao recém-nascido. Isso demonstra a significância da investigação do avanço socioeconômico, além da própria infraestrutura e qualidade de serviços e recursos fornecidos para a saúde materno-infantil.

Outrossim, a partir da análise dos dados relacionados com a variável peso ao nascer, percebe-se que a maioria (54,2%) está na faixa do baixo peso (< 2500g) ou

menos. Esse resultado impacta negativamente nos óbitos neonatais e pós-natais em menores de um ano de vida. O baixo peso influencia principalmente no período neonatal, haja vista que é o momento de maior vulnerabilidade do bebê. Recém-nascidos classificados como extremo baixo peso (< 1000g) apresentam riscos elevados de internações hospitalares por infecções respiratórias causadas pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR), além de possuírem maior chance de desenvolverem problemas fisiológicos, como displasia pulmonar, doenças cardíacas, disfunção neurológica, retardo do desenvolvimento e falhas no crescimento²⁶.

Quando analisada a variável idade da mãe, notou-se que houve uma maior prevalência de óbitos infantis nas que apresentavam uma faixa etária de 20 a 29 anos quando comparada as outras, totalizando 538 (43,07%). Esse achado também vai de acordo com a pesquisa de Silva *et al.*¹⁸ que também trouxe essa faixa etária materna com maior prevalência de óbitos infantis em uma cidade no interior do estado da Santa Catarina. Tal fato pode ser explicado pela maior tentativa de gravidez que ocorre nessa faixa etária, devido à estruturação social. Além disso, os óbitos presentes nas outras faixas etárias também analisadas ocorrem pelas maiores chances de riscos existentes durante a gestação em faixas etárias superiores a 35 anos ou inferiores a 15 anos²⁷.

Considerando-se as vias de parto coletadas, a maior incidência dos óbitos ocorreu via cesárea (47,16%), seguidos de via vaginal (47,08%), o que explica o fato de que a maioria dos óbitos ocorrem no ambiente hospitalar (98,31%). Ademais, a prevalência de óbitos (47,71%) se deu em gestações de 32 a 41 semanas. Lisboa *et al.*²⁸ traz em seu estudo os riscos que o parto cesáreo podem apresentar, validando os resultados obtidos na vigente amostra, tendo em vista que pode haver a falta de necessidade de algumas cesarianas eletivas, bem como a prematuridade iatrogênica. Entretanto, tal resultado confronta a pesquisa de Feitosa *et al.*²⁹ que traz o parto cesáreo como o mais associado a desfecho positivos para a criança, reduzindo as taxas de mortalidade. Esse estudo²⁹ também obteve uma maior mortalidade infantil em gestações a termo, confirmando os resultados obtidos.

No que se refere aos óbitos por escolaridade da mãe, a maior incidência se deu em 08 a 11 anos de estudo, representando 49,31% dos casos. Esse resultado entra em consonância com a pesquisa de Feitosa *et al.*³⁰ que também obteve uma maior associação de óbitos infantis em mães com grau de escolaridade acima de 8

anos de estudo, com 43,2% em outro estado do Nordeste, o Ceará. Apesar disso, o grau de escolaridade implica diretamente em uma maior adesão materna ao pré-natal devido ao maior acesso às informações sobre os seus benefícios, o que diminuiria possíveis complicações.

4. CONCLUSÃO

Verificou-se o perfil dos óbitos infantis, menores de 1 ano na cidade de Imperatriz_MA no período de 2016 a 2020, e evidenciou-se um perfil principais fatores associados foram crianças do sexo masculino, de raça/cor branca, nascidos em hospital, de parto cesáreo e com baixo peso ao nascer. Relataram-se, em relação às características maternas, a escolaridade de oito a 11 anos e com duração da gestação de 37 a 41 semanas. Consideraram-se, como as causas mais prevalentes de óbitos infantis, as afecções no período perinatal e as malformações congênitas.

De acordo com os achados, diversas são as variáveis que refletem as condições precárias que grande parte da população está exposta, e isso é demonstrado pelas taxas elevadas, nas quais pessoas que estão numa maior fragilidade social (indígenas, pretos e pardos) são mais afetadas. Apesar do direito à saúde ser universal, essa parcela populacional carente de informação e de instrução é vulnerável a precárias condições de vida, não realizando acompanhamento médico adequado. Tais fatos podem induzir a cuidados ineficientes que a mãe adote antes, durante e depois do período da gestação, culminando nos resultados demonstrados como alta mortalidade em prematuros (>400), em baixo peso ao nascer e nas cores/raças citadas.

É importante também que não se use os números como parâmetro absoluto, pois deve-se levar em consideração a proporcionalidade também. Isso é evidente na variável idade da mãe, que, apesar da maioria dos casos não afetarem principalmente mães de baixa idade, os números absolutos indicam mulheres que engravidam após os 20 anos de idade, podendo mascarar a importância e o dado alarmante da mortalidade infantil relacionada com mães de faixa etária de 10 a 19 anos.

Os resultados apontam a necessidade de investimentos e implementações de boas práticas baseadas em evidências científicas objetivando melhoria na assistência na atenção primária a saúde (APS), referente aos serviços de pré-natal, puericultura, bem como no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. É fundamental que seja garantido o princípio da integralidade ao componente materno/infantil, assegurar à gestante e à criança o acesso, em tempo oportuno aos serviços saúde de qualidade e, conseqüentemente, a redução dos riscos e de óbitos infantis. Sugerimos que mais estudos sejam realizados na tentativa de avaliar melhor e conseqüentemente reduzir as TMI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duarte CMR. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. Cadernos de Saúde Pública. 2007 Jul;23(7):1511–28.
2. BRASIL. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde**. 2014; Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichas/IDB/record.php?node=C.1&lang=pt&version=ed3>
3. Justino DCP, Andrade FB de. ANÁLISE ESPACIAL DAS CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL DE 2000 A 2015. Revista Ciência Plural. 2020;6(3):174–93.
4. Rede. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2002 Jan 1;299–9.
5. Elisabeth Barboza França, Lansky S. Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas. Anais. 2016 Jun 20;1–29.
6. Kropiwiec MV, Franco SC, Amaral AR do. FATORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE INFANTIL EM MUNICÍPIO COM ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO ELEVADO. Revista Paulista de Pediatria. 2017 Sep 21;35(4):391–8.
7. Brito LC dos S, Sousa WÉA, Coelho SF, Pachêco HSA, Moreira RD, Lira Júnior JW, et al. Aspectos epidemiológicos da mortalidade infantil. Rev enferm UFPE on line. 2021;[1-12].
8. MORTAL DADE INFANTIL EM PORTUGAL - PDF Free Download. docplayer.com.br. Disponível em: <http://docplayer.com.br/7547866-Mortalidade-infant-l-em-portugal.html>
9. Relatório do Desenvolvimento Humano 2014. 2014. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf
10. Loyola CD, Oliveira RMP de, Dutra VFD. Caring for the future: decrease in infant mortality in Maranhão State. Revista Brasileira de Enfermagem. 2018;71(suppl 3):1479–84.
11. Marinho C da SR, Ferreira M Ângela F. The evolution of public policies toward the reduction of child and under-five child mortality in Brazil. RSD. 2021;10(11):e474101119584.
12. Lamy Filho F, Souza SHC, Freitas IJS, Lamy ZC, Simões VMF, Silva AAM, et al. **Effect of maternal skin-to-skin contact on decolonization of Methicillin-Oxacillin-Resistant Staphylococcus** in neonatal intensive care units: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015;15:1471-2393.
13. DATASUS - SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade. sim.saude.gov.br. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>

14. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 2002.
15. Medeiros VAB de, Bezerra IN dos S, Monteiro FS, Mota L de M. PERFIL DA MORTALIDADE NEONATAL EM ALAGOAS NO PERÍODO DE 2008 A 2017. *Revista Ciência Plural*. 2019;5(2):16–31.
16. Silva ES de A da, Paes NA. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 Feb;24(2):623–30.
17. Gama SGN da, Thomaz EBAF, Bittencourt SD de A. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021 Mar;26(3):772–2.
18. Silva SIS da, Moraes ACF de, Lisieski N. Mortalidade infantil: perfil epidemiológico da região do médio Vale do Itajaí. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*. 2020;10(31):45–56.
19. Alves TF, Coelho AB. Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26(4):1259–64.
20. Pícoli RP, Cazola LH de O, Nascimento DDG. Mortalidade infantil e classificação de sua evitabilidade por cor ou raça em Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 Sep;24(9):3315–24.
21. Cunha EMG de P da. Evidências de desigualdades raciais na mortalidade infantil. *BIS, Bol Inst Saúde (Impr)*. 2003;12–4.
22. Silva ACR, Guimarães BJSS, Magalhães GP, Barreto K da S, Prado JN da S, Ribeiro DB, et al. Perfil de morte infantil no período de 2016 a 2020. *Research, Society and Development*. 2022 Oct 3;11(13):e163111335163.
23. Rede, Pan. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan Americana Da Saúde; 2008.
24. Brazil. Secretaria De Ciência, Tecnologia E Insumos Estratégicos. Departamento De Ciência E Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal. Brasília-Df: Ministério Da Saúde; 2013.
25. Brasil. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Ministério Da Saúde; 2009.
26. Materna M. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL [Internet]. 2023. Disponível em: <https://www.estado.rs.gov.br/upload/arquivos//boletim-epidemiologico-sobre-mortalidade-materna-infantil-e-fetal-no-rs.pdf>
27. Brasil. Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. Gestaçã o de alto risco : manual técnico. Brasília, Df: Editora Ms; 2012.
28. Lisboa L, Abreu DM, Lana AM, França EB. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, Brasil, 1999-2011. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(4):711-20.
29. Nunes MRA, Sousa LV de A, Nascimento VB do. Infant mortality in the Metropolitan Region of São Paulo: an ecological study. *Einstein (São Paulo)*. 2021;19.
30. Feitosa AC, Santos EF, Ramos JL, Bezerra IM, Nascimento VG, Macedo CC, et al. Factors associated with infant mortality in the metropolitan region of Cariri, Ceará, Brazil. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2015;25(2):224-9.

ANEXO(S)

NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE

REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- Declaração de Conflito de Interesse
- Parecer consubstanciado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa
- Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais
- Manuscrito redigido seguindo template da revista

Diretrizes para Autores

MENU

No menu "Sobre a Revista" <https://periodicos.ufes.br/rbps/about> está disponível nosso foco, escopo e periodicidade; Política de Acesso livre; Responsabilidades do autor; Aspectos éticos e Política contra plágio e más condutas e pesquisa; Documentação de conflito de interesse e de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa; Registros de ensaios clínicos e direitos autorais (Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais).

As Diretrizes estão dispostas abaixo. Acesse o [template](#) para submeter o seu manuscrito na RBPS. Siga-o rigorosamente. Insira também as demais declarações e folhas de rosto.

SUBMISSÃO

A submissão de trabalhos na rbps é online pelo sistema Open Journal System (OJS) (<https://periodicos.ufes.br/rbps/about/submissions>). O autor correspondente deve fornecer um ID ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*, <http://orcid.org/>)

no momento da submissão inserindo-o no perfil do usuário no sistema de submissão. Recomendamos que seja feito o mesmo para os coautores.

Na submissão, os autores devem realizar *upload* de todos os documentos constantes nas seções "conflitos de interesse" e "direitos autorais". Além disso, deve fazer *upload* do manuscrito a ser avaliado (seguir *templates* indicados).

FLUXO EDITORIAL

Na seleção de manuscritos para publicação, são avaliados: originalidade, relevância e metodologia, além da adequação às normas editoriais adotadas pelo periódico (disponível em "Diretrizes para Autores").

Ao ser submetido à avaliação, o manuscrito é avaliado inicialmente pela Secretaria, observando se está em concordância com as normas de publicação da RBPS, principalmente à juntada documental exigida. Em seguida, o manuscrito é designado aos editores científicos para iniciar o processo de avaliação duplo-cega e por pares.

Os manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as "Diretrizes para Autores". Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas e inclusão de documentos eventualmente necessários.

Os editores científicos recebem os manuscritos designados pelo editor-chefe, avaliam se há concordância com o foco e escopo científico de publicação da RBPS e inicia, tarefa de revisão técnico-científica por meio de indicação de pareceristas/revisores ad hoc científicos que recebem os manuscritos. Esta etapa editorial ocorre com distribuição aos pareceristas/revisores ad hoc descentralizada, sendo que um revisor é vinculado a instituições localizadas no Estado do Espírito Santo ou em outros Estados, e o outro revisor externo, de instituições localizadas fora do Espírito Santo ou fora do Brasil.

Os editores científicos recebem as avaliações dos pareceristas/revisores ad hoc, elaboram parecer consubstanciado dos manuscritos científicos e remete-os ao editor-científico, num prazo médio de 30 dias úteis.

O processo de avaliação por pares e de forma cega (sistema de peer e *blind review*) é procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos pareceristas/revisores ad hoc, por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito e os

revisores/pareceristas ad hoc certificarão que não há qualquer conflito de interesse nas análises técnico-científicas.

Os pareceres dos pareceristas/revisores ad hoc englobam três possibilidades: a) Submissão aceita; b) Submissão aceita com restrições; c) Submissão rejeitada. O parecer final será emitido pelo editor científico que definirá os próximos passos do fluxo editorial do manuscrito. Os autores acompanham esse fluxo pelo sistema Open Journal System (OJS) que utilizou para submeter o manuscrito.

Os manuscritos, quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Essas eventuais modificações só ocorrerão após prévia consulta ao autor.

No caso de aceite com restrições, o editor científico devolverá o manuscrito aos autores para que façam as devidas alterações indicadas pelos pareceristas/revisores *ad hoc* e reapresentem para nova avaliação.

Quando recusado, o editor científico devolverá o manuscrito aos autores com a justificativa.

DIRETRIZES PARA AUTORES

1. CONTEÚDO DAS SEÇÕES

Os manuscritos enviados à RBPS devem ser redigidos no idioma português ou inglês e devem se enquadrar em uma das seções da revista, descritas a seguir:

1 - **Editorial:** comentário crítico e aprofundado, preparado pelos editores da Revista e/ou por pessoa convidada com notória vivência sobre o assunto abordado. Deve conter a estrutura de um texto dissertativo, com Introdução, Desenvolvimento, Conclusão e Referências.

2 - **Artigos originais** (perfazem mais de 80% da edição): apresentam resultados inéditos de pesquisa científica, clínica ou experimental, entre outros. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

3 - **Relatos de casos:** apresentação da experiência profissional, baseada em estudos de casos peculiares e/ou em novas técnicas, com comentários sucintos de interesse para a atuação de outros profissionais da área. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Relato(s) do(s) Caso(s), Discussão e Referências. Para relatos de técnicas: Introdução, Apresentação da Técnica, Conclusão e Referências.

4 - **Artigos de revisão:** avaliação crítica sistematizada sobre determinado assunto, devendo ter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados – metodologia de busca, critérios de inclusão e exclusão, resultados e discussão – esclarecendo a delimitação do tema. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

5 - **Relatos de Experiência:** Redação técnico-científica com objetivo de descrever experiência vivenciada e contribuir com a construção do conhecimento na área de forma sistematizada e estruturada com finalidade de trazer reflexões sobre determinada realidade e/ou experiência. Deve conter: Introdução (contextualização, relato da experiência, marco teórico), resultados, discussão e conclusões.

2. MANUSCRITOS EM LINGUA ESTRANGEIRA

A Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde aceita submissão de manuscritos na íntegra em língua estrangeira desde que os autores apresentem junto ao trabalho submetido o certificado de revisão de inglês ou espanhol.

Os pesquisadores deverão assumir os custos da revisão em língua estrangeira. Caso um dos coautores seja estrangeiro nativo da língua inglesa e/ou espanhola, este deverá revisar o inglês e o espanhol do trabalho. O autor principal (correspondente) deverá enviar atesto para revista confirmando que essa revisão foi feita por um dos autores nativos da língua inglesa ou espanhola.

Para manuscritos em língua portuguesa, é obrigatório seção de *abstract*, porém não é necessário submeter atesto de revisão da língua (essa etapa é realizada no fluxo de editoração da RBPS sem custos aos autores).

3. APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos deverão ser digitados em *Word for Windows* e enviados exclusivamente pelo Sistema *On-line* de Submissão de Manuscritos (<http://periodicos.ufes.br/rbps>), acompanhados dos documentos digitalizados: a) Declaração de Conflito de Interesse; b) Parecer consubstanciado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa; c) Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais.

As páginas do manuscrito devem estar numeradas e configuradas para papel A4, com margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm, fonte Arial tamanho

12 e espaço 1,5, com alinhamento do texto justificado e parágrafos com tabulação com recuo de primeira linha em 1,25. O número de páginas está limitado a 25 e deve obedecer à configuração acima, incluindo Página de Rosto, Resumo, *Abstract*, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências, além de ilustrações (figuras, tabelas, quadros, gráficos, fotos etc.).

A) Página de rosto

Deverá ser enviada uma página de rosto contendo somente os seguintes itens: título do manuscrito em português e inglês e nome completo dos autores, informação sobre a afiliação dos autores (principal instituição de origem, cidade, estado e país), nome e endereço completo para correspondência, local em que o estudo foi realizado. Indicação do responsável pela troca de correspondência, fornecendo endereço completo (CEP, telefone com DDD e endereço eletrônico - e-mail) para contato.

Devem ser incluídas na folha de rosto as fontes de financiamento para realização da pesquisa, tais como: bolsas de estudos e auxílios financeiros.

IMPORTANTE: A Página de Rosto deve ser incluída como documento suplementar. Os dados contidos na página de rosto não devem ser incluídos no corpo do manuscrito para garantia do sistema de fluxo editorial *blind review*.

B) Resumo e *Abstract*

Os resumos devem possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a saúde coletiva. Deve conter, no máximo, 250 palavras e ser apresentado em português e inglês, incluindo palavras de estrutura (Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusão) e palavras-chave.

C) Palavras-chave e *Keywords*

São palavras ou expressões que identificam o conteúdo do manuscrito, fornecidas pelo próprio autor. Deverão ser seguidos os cabeçalhos de assuntos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português e inglês, indicados pela Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br>).

D) Estrutura do texto

A estrutura do texto deverá estar de acordo com a natureza do manuscrito: Editorial, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Relato de Casos e de Experiência.

E) Ilustrações

As ilustrações e tabelas do manuscrito submetido à apreciação estão limitadas ao número máximo de cinco. No entanto, no caso de aceite do manuscrito, serão solicitados aos autores os arquivos originais em que as ilustrações e tabelas foram construídas a fim de permitir a formatação gráfica.

De acordo com a ABNT, NBR 14724, de 17 de março de 2011, “Qualquer que seja o tipo de ilustração [ou tabela], sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título”.

Os desenhos enviados poderão ser melhorados ou redesenhados pela produção da Revista, a critério do Corpo Editorial. Imagens digitais poderão ser aceitas desde que sua captação primária tenha ocorrido, pelo menos, em tamanho (10cm x 15cm) e com resolução adequada (300 dpi). Desenhos e esquemas deverão ser limitados ao mínimo, feitos, preferencialmente, em *Corel Draw*, devendo ser fornecidos em formato digital junto com o arquivo do manuscrito e apresentados em folhas separadas. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução. Essa autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à apreciação para publicação. Todas as ilustrações e tabelas, sem exceção, devem ser citadas no corpo do texto e ser apresentadas em páginas separadas.

F) Agradecimentos

É opcional aos autores. Devem ser breves, diretos e dirigidos apenas a pessoas ou instituições que contribuíram substancialmente para a elaboração do manuscrito. Deverão estar dispostos no manuscrito antes das referências. Não devem ser feitos agradecimentos de cunho pessoal ou familiar.

G) Referências

As referências estão limitadas a um número máximo de 30 (exceto para revisões sistemáticas) e devem ser apresentadas na ordem em que aparecem no texto, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo *Vancouver*. Os exemplos

devem estar conforme os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos ([National Library of Medicine](#)).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

H) Citação das referências no texto

Seguir o sistema numérico de citação, no qual somente os números índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Não devem ser citados os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nome de autores (seguido de número índice e ano de publicação do manuscrito) se estritamente necessário. Exemplos de citação de referências no texto:

- Números aleatórios

“O processamento é negligenciado pela maioria dos profissionais, chegando alguns autores a afirmar que cerca de 90% das falhas em radiografias acontecem na câmara escura”^{2,8,10}.

- Números sequenciais

“Desde que observações clínicas comprovaram que lesões de mancha branca são reversíveis, a remineralização passou a ser um importante mecanismo na prevenção e redução clínica das cáries em esmalte”¹⁻⁴.

- Citação de nome de autor

“Cassatly et al.² reportam um caso de osteomielite em uma paciente submetida à apicectomia com laser de Nd: YAG, que levou à necrose de parte da maxila, pela difusão do calor gerado ao tecido ósseo adjacente ao ápice radicular.”

I) Abreviaturas

Não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas ou as consagradas nas publicações médicas, que deverão seguir as normas internacionais tradicionalmente em uso (aprovadas pelo

documento de Montreal publicado no British Medical Journal 1979;1:532-5). Quando o número de abreviaturas for significativo, providenciar um glossário à parte.

J) Nomes de drogas

A utilização de nomes comerciais (marca registrada) não é recomendável; quando necessário, o nome do produto deverá vir após o nome genérico, entre parênteses, em caixa-alta-e-baixa, seguido pelo símbolo que caracteriza a marca registrada, em sobrescrito.

K) Considerações finais

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a sua conformidade em relação a todos os itens aqui listados. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Para contato, envie e-mail para rbps.ccs@ufes.br

Correspondências devem ser enviadas à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde aos cuidados da Editoria-chefe da Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS), endereço: Avenida Marechal Campos, número 1468, Maruípe, Vitória, Espírito Santo, Brasil, Cep: 29040-090. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo.

Artigos Originais

O resumo deve possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a saúde coletiva. Deve conter no máximo 250 palavras, em parágrafo único, espaçamento simples, e as seções **“Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão”**. O nome da seção deve estar em negrito. O texto deve ser em fonte Arial, 12, sem negrito. Ao final do resumo, devem ser listadas de 3 a 5 palavras-chave.

Relato de Caso

Apresentação da experiência profissional, baseada em estudos de casos peculiares e/ou em novas técnicas, com comentários sucintos de interesse para a atuação de outros profissionais da área. Devem conter em sua estrutura: Introdução,

Relato(s) do(s) Caso(s), Discussão e Referências. Para relatos de técnicas: Introdução, Apresentação da Técnica, Conclusão e Referências.

Relatos de Experiência

Redação técnico-científica com objetivo de descrever experiência vivenciada e contribuir com a construção do conhecimento na área de forma sistematizada e estruturada com finalidade de trazer reflexões sobre determinada realidade e/ou experiência. Deve conter: Introdução (contextualização, relato da experiência, marco teórico), resultados, discussão e conclusões.

Artigos de Revisão

Avaliação crítica sistematizada sobre determinado assunto, devendo ter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados – metodologia de busca, critérios de inclusão e exclusão, resultados e discussão – esclarecendo a delimitação do tema. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

Declaração de Direito Autoral

Direitos Autorais

Solicita-se aos autores dos manuscritos submetidos à apreciação enviar à RBPS uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, contendo a assinatura de cada um dos autores, de acordo com o modelo apresentado a seguir:

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

Nós, abaixo assinados, transferimos todos os direitos autorais do manuscrito intitulado “_____” à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Declaramos, ainda, que o manuscrito é original e não está sendo considerado para publicação em outra revista, no formato impresso ou eletrônico.

(Discriminar as funções de cada autor)

Exemplos:

(Nome do autor) realizou a aplicação do questionário, experimento clínico, correção e edição final.

(Nome do autor) realizou a busca bibliográfica, coletou dados e atuou na redação, correção e edição final.

Local, __/__/__. Assinatura(s): _____

IMPORTANTE: A Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais deve ser incluída como documento suplementar.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Respeitosamente,

Equipe Editorial da RBPS