

Perfil epidemiológico e condições de acesso à saúde vinculadas à mortalidade infantil no município de Araguari (2018 – 2022): um Estudo Transversal

Epidemiological profile and health care access conditions associated with infant mortality in the municipality of Araguari (2018–2022): a Cross-Sectional Study

Maria Eduarda Marcolino Bizoni Carvalho

Ana Flavia Elias Kopke

Lucas Borges Silva

Igor Vilela Virga de Andrade

Débora Vieira

Rosana de Cássia Oliveira

e-mail: mariaeduarda.bizoni@gmail.com

DOI: [10.47224/revistamaster.v11i21.885](https://doi.org/10.47224/revistamaster.v11i21.885)

Resumo

A mortalidade infantil constitui um dos principais indicadores de saúde pública, refletindo as condições socioeconômicas, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, bem como a efetividade das políticas voltadas à atenção materno-infantil. O presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico e analisar as condições de acesso à saúde associadas à mortalidade infantil no município de Araguari-MG, no período de 2018 a 2022. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, baseado em dados secundários provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Foram avaliadas variáveis maternas e neonatais, incluindo idade, escolaridade, tipo de parto, número de consultas pré-natais, peso ao nascer, prematuridade e causas de óbito segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Foram registrados 69 óbitos infantis, com predominância no período neonatal precoce (56,5%). Observou-se maior frequência de óbitos no sexo masculino, em recém-nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer (<1.500 g). As principais causas de morte estiveram relacionadas a afecções perinatais e malformações congênitas. Apesar da elevada cobertura pré-natal, destacou-se a alta proporção de partos cesarianos. Verificaram-se, ainda, discrepâncias entre os registros dos sistemas SIM e SINASC, indicando limitações na qualidade das informações. Conclui-se que, embora o município apresente avanços nos indicadores de saúde materno-infantil, persistem desafios relacionados à prematuridade, à qualidade da assistência perinatal e à confiabilidade dos registros epidemiológicos, sendo necessárias estratégias integradas de vigilância e cuidado para redução dos óbitos evitáveis.

Palavras-chave: Mortalidade infantil; Indicadores de saúde; Vigilância epidemiológica; Prematuridade; Araguari-MG

Abstract

Infant mortality is one of the main public health indicators, reflecting socioeconomic conditions, access to and quality of health services, as well as the effectiveness of policies aimed at maternal and child health. This study aimed to characterize the epidemiological profile and analyze the conditions of access to health associated with infant mortality in the municipality of Araguari-MG, from 2018 to 2022. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, based on secondary data from the Mortality Information System (SIM) and the Live Birth Information System (SINASC). Maternal and neonatal variables were evaluated, including age, education level, type of delivery, number of prenatal visits, birth weight, prematurity, and causes of death according to the International Classification of Diseases (ICD-10). Sixty-nine infant deaths were recorded, predominantly in the early neonatal period (56.5%). A higher frequency of deaths was observed in males, premature newborns, and those with low birth weight (<1,500 g). The main causes of death were related to perinatal conditions and congenital malformations. Despite high prenatal coverage, a high proportion of cesarean deliveries stood out. Discrepancies were also found between the records of

the SIM and SINASC systems, indicating limitations in the quality of information. It is concluded that, although the municipality shows progress in maternal and child health indicators, challenges related to prematurity, the quality of perinatal care, and the reliability of epidemiological records persist, requiring integrated surveillance and care strategies to reduce preventable deaths.

Keywords: Infant mortality; Health indicators; Epidemiological surveillance; Prematurity; Araguari-MG

1 INTRODUÇÃO

Os indicadores de saúde são métricas essenciais para monitorar a condição sanitária de populações e orientar políticas públicas. Entre eles, destacam-se aqueles voltados à mortalidade, morbidade e natalidade, usados como termômetros da situação de saúde coletiva. Esses indicadores servem não só para acompanhar tendências temporais, mas também para identificar vulnerabilidades regionais, informar metas de governo e subsidiar diretrizes em saúde pública. Em especial, os indicadores associados à mortalidade infantil estão entre os mais sensíveis e informativos, pois refletem diretamente as desigualdades sociais, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, bem como as condições socioeconômicas e ambientais em que vivem as famílias (Boing *et al.*, 2019).

No Brasil, nas últimas décadas, observou-se uma trajetória descendente da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), embora com ritmos variáveis e disparidades regionais persistentes. Segundo boletins da SVS/Ministério da Saúde, a TMI nacional caiu de cerca de 16,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2010 para cerca de 13,3 em 2019, mantendo-se nesse patamar nos anos seguintes (BRASIL, 2021). Em 2023, dados preliminares apontam para o menor nível histórico de mortalidade infantil e fetal evitável no Brasil em 28 anos (Brasil, 2024). Em termos regionais, o Norte e Nordeste ainda registram taxas superiores às das regiões Sul e Sudeste, refletindo desigualdades no acesso à assistência pré-natal, ao parto seguro e a melhores condições socioeconômicas (BRASIL, 2021). Apesar desses ganhos, observa-se que a queda da TMI estacionou ou desacelerou em alguns lugares, o que exige atenção para as causas residuais de óbitos infantis, especialmente as causas de mortes infantis evitáveis, aquelas que poderiam ser prevenidas por meio de ações efetivas das políticas públicas de atenção materno-infantil (Malta *et al.*, 2012).

A redução da mortalidade infantil figura entre os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas. O ODS 3 (“Saúde de Qualidade”) visa, até 2030, reduzir a mortalidade neonatal a pelo menos 12 mortes por 1.000 nascidos vivos e garantir a vida saudável para todas as idades (ONU, 2015). A incorporação desse compromisso ao planejamento nacional reforça a relevância de políticas efetivas voltadas à infância e à equidade em saúde.

Para entender melhor o panorama atual da mortalidade infantil, é crucial considerar os determinantes epidemiológicos que operam em diferentes faixas etárias: neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 365 dias). As mortes neonatais precoces geralmente decorrem de complicações perinatais, asfixia, prematuridade grave e más condições no parto e no manejo inicial do recém-nascido. Já as neonatais tardias costumam estar associadas a infecções hospitalares, sepse, complicações congênitas e manejo de prematuridade. No período pós-neonatal, predominam condições como infecções respiratórias, diarreia, doenças infecciosas, desnutrição e fatores socioeconômicos que afetam a sobrevivência nos primeiros meses de vida (Rigamonte *et al.*, 2022). Essas classes etárias permitem desagregar os óbitos infantis e compreender melhor onde as intervenções de saúde devem se concentrar.

Estudos recentes evidenciam que determinantes maternos — como escolaridade, idade da mãe, acesso ao pré-natal e estado nutricional — interagem com fatores estruturais (espaço geográfico, infraestrutura sanitária, condições de habitação) para modular riscos de óbito infantil (Rebouças *et al.*, 2022; Hone *et al.*, 2020). Nesse cenário, o presente estudo avaliou a prevalência dos determinantes epidemiológicos relacionados à taxa de mortalidade infantil, a partir do registro de óbitos de crianças de ambos os sexos,

menores de um ano e com divisão de faixa etária (neonatal precoce 0-6 dias; neonatal tardio 7-27 dias; e pós-neonatal 28-365 dias), bem como as condições vinculadas à realidade materna no município de Araguari-MG.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, de delineamento transversal, baseado em dados secundários sobre mortalidade infantil do município de Araguari, estado de Minas Gerais, referente ao período de 2018 a 2022. A pesquisa foi conduzida a partir de informações oficiais disponibilizadas pelo setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, obtidas por meio do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), ambos mantidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde.

Foram analisadas variáveis sociodemográficas e epidemiológicas relacionadas à mãe e à criança. Entre as variáveis maternas, foram avaliadas a idade, raça/cor, nível de instrução, tipo de parto, número de consultas pré-natais e idade da mãe no momento do óbito da criança. Entre as variáveis infantis, foram analisadas a idade da criança na data do óbito, o peso ao nascer, a presença de prematuridade, o acesso aos cuidados de saúde e a causa básica de morte conforme a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10) (OMS, 2019).

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) foi calculada por sexo e faixa etária, expressa em número de óbitos por 1.000 nascidos vivos, segundo metodologia adotada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021). As diferenças das médias entre os grupos foram avaliadas por meio da Análise Multivariada de Hotelling's T^2 , uma extensão multivariada do teste t de Student, apropriada para comparação simultânea de múltiplas variáveis dependentes. As análises estatísticas foram realizadas no software IBM® SPSS Statistics, adotando-se nível de significância de $\alpha < 0,05$ (5%) para as inferências estatísticas.

Em relação aos aspectos éticos, o presente estudo não foi submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que apenas dados secundários de domínio público foram utilizados. Não ocorreu a identificação ou intervenção direta com a população alvo do estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos registros de nascidos vivos no município de Araguari-MG (Tabela 01), entre 2018 e 2022, revelou predominância de mães na faixa etária entre 25 e 29 anos (25,5%), seguidas por aquelas de 20 a 24 anos (24,4%) e 30 a 34 anos (22,6%), indicando concentração de nascimentos em mulheres em idade reprodutiva plena. Os extremos de idade (10–14 e 45–49 anos) apresentaram baixas frequências, somando menos de 1% dos casos

TABELA 01: Distribuição absoluta e relativa dos dados sociodemográficos e epidemiológicos das mães dos nascidos vivos entre os anos de 2018 e 2022, segundo dados do SINASC (DATASUS), para o município de Araguari-MG.

Variáveis Maternas dos Nascidos Vivos	N*	Frequência Relativa Simples (%)
Idade da Mãe (anos)	6607	
10 a 14	32	0,5
15 a 19	780	11,8
20 a 24	1610	24,4
25 a 29	1683	25,5
30 a 34	1496	22,6
35 a 39	803	12,1

40 a 44	198	3,0
45 a 49	5	0,1
Estado Civil	6589	
Solteira	3503	53,2
Casada	2509	38,1
Viúva	6	0,1
Divorciada	154	2,3
União Consensual	417	6,3
Instrução da Mãe	6608	
Nenhuma	6	0,1
1 a 3 anos	20	0,3
4 a 7 anos	438	6,6
8 a 11 anos	4326	65,5
12 anos e mais	1806	27,3
Ignorado	12	0,2
Duração da Gestação	7048	
Menos de 22 semanas	5	0,1
22 a 27 semanas	28	0,4
27 a 31 semanas	59	0,8
32 a 36 semanas	587	8,3
37 a 41 semanas	6339	89,9
42 semanas ou mais	30	0,5
Tipo de Gravidez	7152**	
Única	6998	97,8
Dupla	147	2,1
Tripla e Mais	7	0,1
Tipo de Parto	6607	
Vaginal	2151	32,6
Cesário	4456	67,4
Consultas durante o Pré-Natal	7141	
Nenhuma	57	0,8
De 1 a 3 consultas	200	2,8
De 4 a 6 consultas	957	13,4
7 ou mais consultas	5927	83,0

* N (amostra) diferente para as variáveis devido à registro incompleto nas bases de dados pelo setor responsável do município de Araguari-MG.

** N total admitido para mães de nascidos vivos, devido à inconsistência dos dados nos sistemas oficiais de notificação SINASC.

Quanto ao estado civil, observou-se que 53,2% das mães eram solteiras, seguidas por 38,1% casadas, sugerindo importante representatividade de mães sem vínculo conjugal formal. Em relação à escolaridade, predominou o grupo com 8 a 11 anos de estudo (65,5%), seguido por aquelas com 12 anos ou mais (27,3%), o que evidência nível médio de instrução entre as mães de nascidos vivos.

A duração da maioria das gestações ocorreu entre 37 e 41 semanas (89,9%), caracterizando gestações a termo. Gestação pré-termo (<37 semanas) correspondeu a cerca de 10%, e 97,8% foram gestações únicas. O parto cesáreo foi predominante (67,4%), valor acima do limite recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A cobertura de pré-natal foi satisfatória, com 83% das gestantes realizando sete ou mais consultas.

Foram registrados 69 óbitos de crianças menores de um ano no período de 2018 a 2022 (Tabela 02). O maior número foi verificado em 2020 (24,6%), seguido por 2019 e 2022 (~21% cada), com redução em 2021 (14,6%). A maior parte dos óbitos (56,5%) ocorreu na faixa etária neonatal precoce (0 a 6 dias), seguido de 26,1% pós-neonatal (28 a 365 dias) e 17,4% neonatal tardio (7 a 27 dias).

TABELA 02: Distribuição absoluta e relativa dos dados epidemiológicos relacionados aos óbitos das crianças entre os anos de 2018 e 2022, segundo dados do SIM (DATASUS), para o município de Araguari-MG.

Variáveis dos óbitos infantis	N*	Frequência Relativa Simples (%)
Ano do Óbito	69**	
2018	12	17,4
2019	15	21,7
2020	17	24,6
2021	10	14,6
2022	15	21,7
Faixa Etária	69	
0 a 6 dias (Neonatal precoce)	39	56,5
7 a 27 dias (Neonatal tardio)	12	17,4
28 a 365 dias (Pós-neonatal)	18	26,1
Sexo do Óbito	68	
Masculino	40	58,8
Feminino	28	41,2
Cor	67	
Branca	41	61,2
Preta	02	3,0
Parda	24	35,8
Local da Ocorrência	69	
Hospital	67	97,1
Outro Estabelecimento de Saúde	02	2,9
Idade da Mãe no Óbito (anos)	63	
15 a 19	11	17,5
20 a 24	13	20,6
25 a 29	15	23,8
30 a 34	11	17,5
35 a 39	10	15,9
40 a 44	03	4,7
Duração da Gestação no Óbito	62	
Menos de 22 semanas	07	11,3
22 a 27 semanas	16	25,8
27 a 31 semanas	08	12,9
32 a 36 semanas	16	25,8
37 a 41 semanas	15	24,2
Tipo de Gravidez no Óbito	69	

Única	62	89,9
Dupla	03	4,3
Ignorada	04	5,8
Tipo de Parto no Óbito	69	
Vaginal	24	34,8
Cesário	45	65,2
Peso ao Nascimento do Óbito	64	
Menos de 500g	06	9,4
500 a 999g	14	21,8
1000 a 1499g	09	14,1
1500 a 2499g	17	26,6
2500 a 2999g	11	17,2
3000 a 3999g	05	7,8
4000 e mais	02	3,1

* N (amostra) diferente para as variáveis devido à registro incompleto nas bases de dados pelo setor responsável do município de Araguari-MG.

** N total admitido para óbitos de crianças, devido à inconsistência dos dados nos sistemas oficiais de notificação SIM.

O sexo masculino concentrou 58,8% das mortes e o feminino, 41,2%. A maioria dos óbitos era de cor branca (61,2%), e 97,1% das mortes ocorreram em ambiente hospitalar. Metade dos óbitos envolveu gestações de menos de 32 semanas, reforçando o papel da prematuridade como fator de risco. Além disso, 45,3% dos óbitos foram de crianças com peso ao nascer inferior a 1.500 g, caracterizando o grupo de muito baixo peso ao nascer.

A análise da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) mostrou tendência geral de redução ao longo do período, com valores mais altos em 2020 e estabilização nos anos seguintes (Figura 01). A TMI média foi de 1,7 óbito por 1.000 nascidos vivos, sendo 2,03 no sexo masculino e 1,43 no feminino, sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,461$). A distribuição por faixa etária mostrou predominância do componente neonatal precoce (~55%), seguida do neonatal tardio (~18%) e pós-neonatal (~26%), sem variações significativas entre os grupos ($p > 0,05$) (Tabela 03).

FIGURA 01: Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de crianças de 0-1 ano para o período de 2018 a 2022, no município de Araguari-MG. A). TMI geral e por sexo. B) TMI fracionada por faixa etária: Neo precoce, Neo tardio e Pós-neonatal (Pós neo).

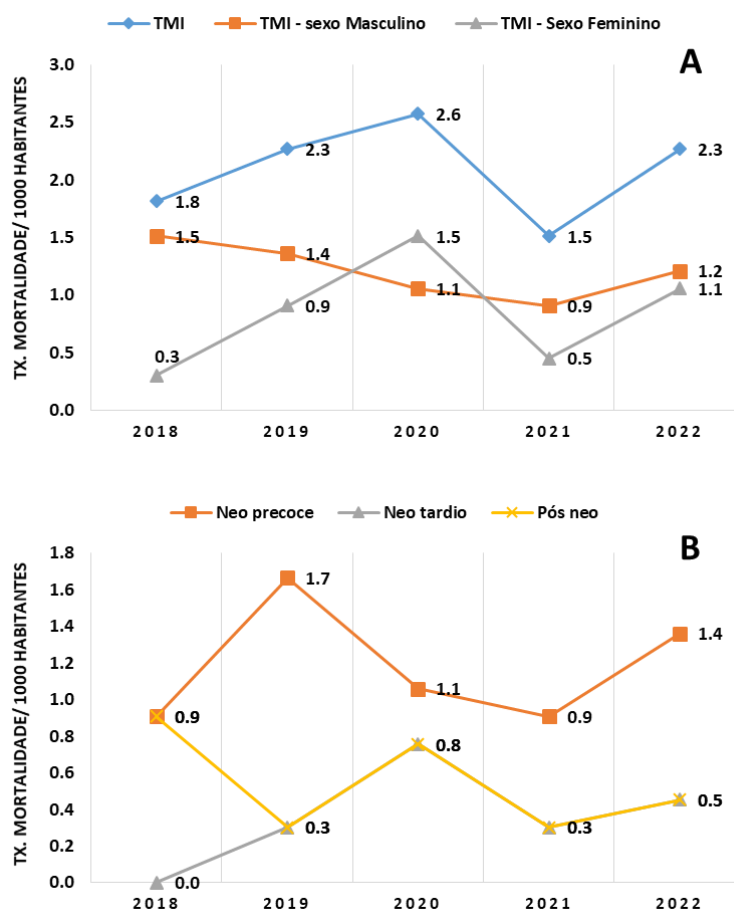


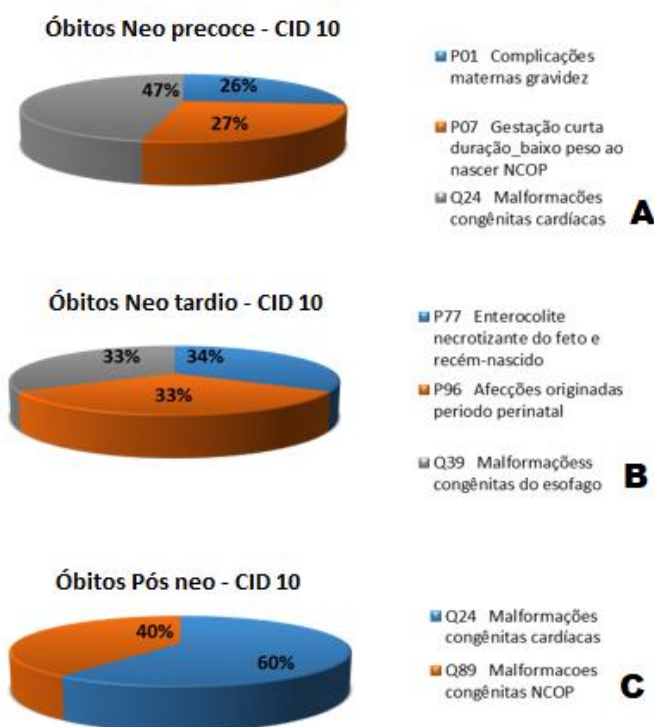
TABELA 03: Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) estratificada por sexo e faixa etária de crianças de 0 a 1 ano, para o período de 2018 a 2022, no município de Araguari-MG.

Faixa etária	Masculino			Feminino			p-valor
	N	Fr (%)	TMI	N	Fr (%)	TMI	
0 a 6 dias (Neonatal precoce)	23	57.5	3.5	15	53.6	2.3	ns
7 a 27 dias (Neonatal tardio)	7	17.5	1.1	5	17.9	0.8	ns
28 a 365 dias (Pós-neonatal)	10	25.0	1.5	8	28.6	1.2	ns
Total	40	100	2.03	28	100	1.43	0.461

N: amostra; Fr: frequência; TMI: Taxa de Mortalidade Infantil, ns: não significativa

A distribuição das causas básicas de óbito (CID-10) revelou predominância das afecções originadas no período perinatal, como prematuridade extrema, desconforto respiratório, asfixia e infecções bacterianas (Figura 02). Contudo, destaca-se a ocorrência de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, especialmente no componente neonatal precoce, as quais corresponderam a uma fração expressiva das causas não evitáveis.

FIGURA 02: Causas de óbitos de crianças de 0 a 1 ano segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), com estratificação de faixa etária para o período de 2018 a 2022, segundo dados do DATASUS para o município de Araguari – MG. A) Neo precoce; B) Neo tardio, e C) Pós neo.



Entre as malformações mais frequentemente registradas, observam-se malformações cardíacas congênitas, do esôfago e síndromes genéticas associadas a anomalias múltiplas. Esses agravos contribuíram de modo relevante para a mortalidade nos primeiros dias de vida, sobretudo entre recém-nascidos com baixo peso (<1.500 g) e prematuridade extrema (<32 semanas).

Os resultados deste estudo evidenciaram um perfil materno predominantemente jovem, com média de idade entre 20 e 29 anos, boa escolaridade e ampla cobertura de pré-natal. Tais características refletem avanços importantes na assistência à gestação e ao parto em Araguari-MG. A elevada proporção de gestações a termo e a cobertura de sete ou mais consultas reforçam a capilaridade da atenção primária e a efetividade das políticas locais de saúde materno-infantil. Entretanto, o predomínio de partos cesarianos (65,2%) ultrapassa o limite recomendado pela Organização Mundial da Saúde (até 15%), sugerindo medicalização excessiva do parto e possível contribuição para a prematuridade iatrogênica, complicações respiratórias e aumento da vulnerabilidade neonatal (Hone *et al.*, 2020).

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) do município manteve-se inferior à média nacional, acompanhando a tendência de queda observada no Brasil na última década (BRASIL, 2021). O predomínio do componente neonatal precoce (≈55%) é consistente com achados de outros estudos brasileiros e latino-americanos, nos quais a mortalidade até o sexto dia de vida responde pela maioria dos óbitos infantis e reflete a qualidade do parto e da assistência ao recém-nascido (Costa *et al.*, 2021; Rebouças *et al.*, 2022). A maior vulnerabilidade do sexo masculino observada em Araguari repete o padrão descrito na literatura. O sexo masculino apresenta apenas um único cromossomo X, que, além de atuar na determinação do sexo, carrega muitos outros genes vitais para o metabolismo humano. Caso apresentem mutações deletérias e/ou letais, estas podem contribuir positivamente para a maior taxa de óbitos no sexo masculino (Lima, 2022).

A prematuridade e o baixo peso ao nascer permaneceram fatores centrais associados à mortalidade infantil. Cerca de 45% dos óbitos ocorreram em recém-nascidos com menos de 1.500 gramas, reiterando a relevância de ações voltadas ao cuidado intensivo e ao acompanhamento desses lactentes. Esses achados corroboram evidências nacionais de que a ampliação do acesso a unidades de terapia intensiva neonatal e a qualificação da rede de transporte intra-hospitalar são determinantes para reduzir a letalidade neonatal (BRASIL, 2024).

Outra causa importante de óbito foram as malformações congênitas, nas três faixas etárias, especialmente as cardíacas. Essas causas, classificadas no Capítulo XVII do CID-10, configuram a principal fração de óbitos não evitáveis no grupo analisado e demandam estratégias de diagnóstico e prevenção mais eficazes. Estudos recentes apontam aumento proporcional das malformações como causa básica de morte em diversos estados brasileiros, resultado do declínio das causas infecciosas e da maior sobrevida neonatal (Rigamonte *et al.*, 2022; BRASIL, 2023). Nos países desenvolvidos, as malformações congênitas cardíacas também apresentam um efeito significativo sobre a morbidade e mortalidade infantil, apesar dos avanços nos tratamentos e nos cuidados intensivos (Saliba *et al.*, 2020). Assim, a vigilância da expansão das anomalias congênitas por meio da triagem ultrassonográfica, a implantação e/ou reforço do aconselhamento genético para as mulheres em idade reprodutiva e a implantação municipal do Núcleo de Atenção às Doenças Raras (NADR), conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, instituída pela Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014, e atualizada pela Portaria GM/MS nº 646, de 27 de março de 2023, poderão representar um avanço significativo na vigilância das condições genéticas e congênitas, podendo prevenir agravamentos clínicos e óbitos infantis evitáveis, além de fortalecer a integralidade e a equidade no cuidado em saúde (BRASIL, 2023).

A enterocolite necrosante (ECN), uma condição gastrointestinal grave caracterizada pela inflamação e necrose do tecido intestinal, também emergiu como um fator relevante associado ao óbito neonatal. Estudos apontam que essa condição está entre 20-40% da taxa global de mortalidade, sendo mais elevada nos RN de muito baixo peso. De forma análoga às malformações congênitas, esses resultados reforçam a importância da vigilância rigorosa durante o pré-natal e da assistência neonatal especializada para prevenir complicações associadas (Vieira *et al.*, 2013).

Outro ponto relevante a ser considerado são as discrepâncias identificadas entre os registros de óbitos e nascimentos que podem influenciar as estimativas da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e de seus componentes. Segundo Lima *et al.* (2022), diferenças de cobertura e qualidade entre o SIM e o SINASC impactam a precisão dos indicadores, sobretudo em municípios com menor densidade populacional e capacidade técnica limitada.

O Ministério da Saúde tem reforçado, desde 2021, a importância do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, que atua na validação dos registros e na análise das causas evitáveis, buscando reduzir inconsistências entre os sistemas. A manutenção dessa vigilância é indispensável para assegurar que os avanços na redução da mortalidade infantil sejam acompanhados por dados robustos e comparáveis entre os diferentes níveis de gestão (França *et al.*, 2014; Lima *et al.*, 2022; BRASIL, 2023).

Sob a ótica dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3 - Saúde e Bem-Estar), o Brasil assumiu a meta de reduzir a mortalidade neonatal a pelo menos 12 óbitos por 1.000 nascidos vivos até 2030. Os resultados de Araguari-MG apontam progressos compatíveis com esse objetivo, mas ainda indicam desafios relacionados à equidade e à prevenção de causas evitáveis. Desigualdades sociais e regionais, excesso de cesarianas, limitações no cuidado perinatal e a persistência das malformações congênitas figuram como barreiras à consolidação das metas da Agenda 2030 (ONU, 2015).

Portanto, a redução da mortalidade infantil depende de políticas públicas intersetoriais. É necessário fortalecer o pré-natal de alto risco, o acompanhamento das gestantes adolescentes, a qualificação da assistência ao parto, a ampliação da cobertura do Programa Nacional de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho), do aumento da cobertura vacinal pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), e por fim, do aconselhamento genético, se necessário. Tais ações, articuladas pelo Sistema Único de Saúde (SUS),

especialmente na esfera municipal, são fundamentais para garantir o cuidado integral à mulher e à criança e consolidar os avanços já observados em Araguari-MG.

4 CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu caracterizar o perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de Araguari-MG, entre 2018 e 2022. Os resultados apontaram que, embora Araguari-MG apresente bons indicadores de cobertura pré-natal e assistência ao parto, a mortalidade neonatal precoce ainda é influenciada por condições perinatais e malformações congênicas, o que exige fortalecimento das políticas de vigilância e prevenção dos fatores de risco gestacionais, conforme diretrizes do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Além disso, é imprescindível melhorar a capacitação das equipes responsáveis pelo registro e validação dos dados nos sistemas de notificação do SUS, assegurando maior fidedignidade e completude das informações municipais nas bases de dados públicos oficiais.

Em síntese, os achados deste estudo reforçam que a redução sustentada da mortalidade infantil depende da integração entre vigilância epidemiológica, atenção primária e especializada, da adoção de práticas obstétricas seguras e da implantação de estruturas municipais voltadas às doenças raras, consolidando, assim, os avanços em saúde materno-infantil observados no município de Araguari-MG.

5 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da qualidade das informações sobre mortalidade e nascidos vivos no Brasil, 2010–2020*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2023.

BOING, A. F. et al. Mortalidade infantil no Brasil: evolução recente e desigualdades regionais. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, p. 1-12, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico: Mortalidade Infantil no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado e prevenção de malformações congênicas no pré-natal*. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal. Brasília: DATASUS, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras*. Portaria GM/MS nº 646, de 27 de março de 2023. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 mar. 2023.

COSTA, J. C. et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–2019. *The Lancet*, v. 398, p. 870-905, 2021.

FRANÇA, E. B. et al. Avaliação da qualidade da informação sobre causas de morte no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 17, n. 3, p. 554-564, 2014.

HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and infant mortality in Brazil. *The Lancet Global Health*, v. 8, n. 3, p. e424-e432, 2020.

LIMA, E. E. C. et al. Acurácia e completude dos dados sobre nascimentos e óbitos no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 25, e220015, 2022.

MALTA, D. C. et al. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 9, p. 2305-2318, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. São Paulo: EDUSP, 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Nova York, 2015.

REBOUÇAS, P. et al. Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil. *The Lancet Global Health*, v. 10, n. 4, p. e560-e569, 2022.

RIGAMONTE, K. A. C. et al. Determinantes da mortalidade infantil no Brasil: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 10, e305781922, 2022.

SALIBA, A. et al. Genetics and genomics in congenital heart disease. *Jornal de \Pti/*, v. 96, p. 279-288, 2020.

VIEIRA, A.A. et al. Avaliação dos fatores perinatais que interferem na incidência de enterocolite necrosante em recém-nascidos de muito baixo peso. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 35 (8), 2013.