

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL E DE SEUS COMPONENTES, NO ANO DE 2021 EM GOIÁS

CHILD MORTALITY RATE AND ITS COMPONENTS, IN 2021 IN GOIÁS

Carla Myllena Ramos Galvão^{1*}, Isabella Oliveira Silva¹, Benigno Alberto Moraes da Rocha^{1,2}

1 – Universidade Estadual de Goiás, Anápolis-GO, Brasil.

2 – Centro Universitário Goyazes, Trindade-GO, Brasil.

*Correspondente: carlamyllena308@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e de seus componentes, neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal, de acordo com as características das crianças e das mães no estado de Goiás no ano de 2021. **Material e Métodos:** Essa pesquisa foi realizada pelo método observacional, transversal e descritivo, sendo utilizados a base de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). **Resultados:** Os resultados revelaram que bebês do sexo masculino, com baixo peso ao nascer e prematuros foram os grupos mais suscetíveis a óbitos infantis. Além disso, os resultados apontaram que filhos de mulheres em sua primeira gestação também apresentaram uma maior taxa de morte em menores de 1 ano de idade. **Conclusão:** A análise realizada sobre a TMI no estado de Goiás no ano de 2021 ressalta a necessidade de melhoria na assistência perinatal e da atenção pré-natal.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil. Saúde da Criança. Indicador de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the Infant Mortality Rate (IMR) and its components, early neonatal, late neonatal and post-neonatal, according to the characteristics of children and mothers in the state of Goiás in the year 2021. **Material and Methods:** This The research was carried out using the observational, cross-sectional and descriptive method, using the Live Birth Information System (SINASC) and Mortality Information System (SIM) databases. **Results:** The results revealed that male babies, those with low birth weight and premature babies were the groups most susceptible to infant deaths. Furthermore, the results showed that children of women in their first pregnancy also had a higher death rate in children under 1 year of age. **Conclusion:** The analysis carried out on IMT in the state of Goiás in 2021 highlights the need to improve perinatal care and prenatal care.

Keywords: Infant Mortality. Child Health. Health Indicator.

INTRODUÇÃO

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) configura-se como um essencial indicador de saúde e qualidade de vida populacional e fornece um aporte para políticas de Saúde Pública, voltadas para o bem-estar materno-infantil (SALOIO et al., 2012). Esse indicador informa o risco de um nascido vivo tem de morrer antes de completar um ano de idade, para cada 1000 nascidos vivos naquele período (REDE INTERANGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2008).

A Mortalidade Infantil (MI) compreende a somatória dos componentes, que são divididos em períodos de acordo com a idade da criança até completar um ano de vida, sendo estes: mortalidade neonatal, óbito que ocorre nos primeiros 27 dias (0 a 27 dias), e mortalidade pós-neonatal, que acontece do 28º dia até antes de completar 1 ano de idade (28 a 364 dias). A mortalidade neonatal é subdividida em neonatal precoce (0 a 6 dias) e neonatal tardio (7 a 27 dias). É imprescindível que exista essa separação em componentes, dado que cada período possui uma causa de mortalidade diferente (SARDINHA, 2014).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), houve uma diminuição de 47% na taxa mundial de mortalidade na infância nas últimas décadas (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018). No entanto, esse avanço não se estendeu aos óbitos em menores de um mês, cuja análise em 186 países, apresentou um número de 2,6 milhões de mortes nesse grupo (SANTOS, 2019).

Já a MI no Brasil é catalogada como questão de grande importância na agenda de saúde. Questões como a melhoria no nível habitacional, desenvolvimento social, e diminuição da fecundidade, tiveram relação direta com a queda da TMI, a partir do ano 2000 no país (Florêncio et al., 2021). O estado de Goiás, seguindo a tendência nacional, registra um declínio na MI. Em 2001, apresentava uma taxa de 15,24 óbitos a cada mil nascidos vivos, em 2017, esse indicador caiu para 12,86. Um dos motivos para essa redução, foi a implementação de ações voltadas a melhoria da saúde materno-infantil, como o programa Siga bebê (SECRETARIA DO ESTADO DE GOIÁS, 2018).

Portanto, a mortalidade infantil é um problema de saúde pública que afeta o mundo inteiro. Mesmo com uma considerável diminuição da TMI nas últimas décadas, são necessários estudos a fundo e estratégias direcionadas para redução de mortes infantis. Para isso, é importante uma compreensão aprofundada da causalidade por meio das características da mãe e da criança de acordo com a TMI.

Sendo assim, objetivo desse estudo foi descrever as TMIs e de seus componentes, neonatal precoce, neonatal tardio e pós neonatal, de acordo com as características das crianças e das mães no estado de Goiás no ano de 2021.

MATERIAL E METÓDOS

Essa pesquisa foi realizada pelo método observacional, transversal e descritivo sobre a taxa de mortalidade infantil e de seus componentes, neonatal precoce, tardio e pós-neonatal, de acordo com as características das crianças e das mães, no estado de Goiás no ano de 2021.

Os dados analisados são pertencentes ao estado de Goiás. Localizado na região centro-oeste do Brasil, conta com 246 municípios que são divididos em 18 regiões de saúde, sendo elas: Norte, Nordeste I, Nordeste II, Entorno Norte, Serra da Mesa, São Patrício I, São Patrício II, Pirineus, Central, Rio Vermelho, Oeste I, Oeste II, Sudoeste I, Sudoeste II, Centro Sul, Sul, Estrada de Ferro, Entorno sul. Possui cerca de 340. 106,492 km², estabelecendo um limite com os estados do Mato Grosso, Mato Grosso do SUL, Tocantins, Minas Gerais, Bahia e Distrito Federal.

A coleta de dados foi elaborada mediante aos downloads dos arquivos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) precisamente as Declarações de Óbito (DO). Também, foi utilizado da base de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), especificamente as declarações de nascidos vivos.

O SIM, aplica como ferramenta a DO, cuja informações são preenchidas pelas instituições de saúde e órgãos responsáveis. Analogamente, o SINASC, utiliza como ferramenta a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), da qual, as informações são preenchidas pelas instituições de saúde e órgãos responsáveis. Posteriormente, são encaminhadas para o gestor municipal ou estadual, por conseguinte, o DATASUS coleta e processa esses dados, disponibilizando e estruturando a base de dados do SIM e SINASC. O programa TAB para Windows (TabWin), utiliza como instrumento o TabNet para importar as tabulações desenvolvidas pelo Datasus, de forma organizada e rápida. Mediante as bases de dados do SIM e SINASC.

Foram analisadas as informações para a realização da TMI neonatal e pós neonatal, cuja a data de nascimento e a data do óbito foram essenciais para a classificação dessas variáveis.

Para a descrição das taxas e seus seguimentos foi observado:

Características das mães: o local de residência das mães por regional de saúde além da idade em anos (10 a 19; 20 a 29; 30 e mais); local de ocorrência (instituição de saúde, domicílio e outros); e tipo de gravidez (única e múltipla).

As variáveis relacionadas às crianças foram: raça/cor da pele do recém-nascido (branca, negra e parda), indígena; e amarela. Peso ao nascer, em gramas (até 1.499g; 1.500g a 2.499 g; 2.500 g e mais);

TMI, A bem como seus componentes, foi calculada para o Estado de Goiás. Ela é definida pelo número de óbitos em menores de 1 ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, expresso pela seguinte fórmula:

$$TMI = \frac{\text{Óbitos de menores de um ano de idade}}{\text{Nascidos vivos}} \times 1.000$$

Nascidos vivos

Foram calculadas as taxas de mortalidade infantil e seus componentes: neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias). Para caracterização desses óbitos, foram estudadas as variáveis relacionadas ao recém-nascido: peso ao nascer, em gramas (até 1.499 g; 1.500 g a 2.499 g; 2.500 g e mais); raça/cor da pele da criança (branca, negra (preta e parda), indígena e amarela). As variáveis relacionadas à mãe foram idade (10 a 19; 20 a 29; 30 e mais) e escolaridade, em anos de estudo (até 3; 4 a 7; 8 a 11; 12 e mais). Quanto à gestação e ao parto, foram avaliados duração da gestação, em semanas (menos de 22; 22 a 27; 28 a 31; 32 a 36; 37 a 41; 42 e mais), tipo de gravidez (única e múltipla) e local de ocorrência (estabelecimento de saúde, domicílio e outros).

Foi calculado o percentual de óbitos infantis investigados para as regionais de saúde do Estado de Goiás. Para realizar esse cálculo, utilizou-se o Módulo de Investigação do Óbito Infantil do SIM, em que estão contidos os dados das fichas de investigação de óbito infantil, que são documentos padronizados desenvolvidos pela área técnica do Ministério da Saúde para esta finalidade.

As informações aplicadas nesta pesquisa estão disponíveis nas plataformas digitais de cunho governamental oficial, públicos e não identificados, dessa forma, segundo a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), não necessita aprovação de algum comitê de ética em pesquisa, contudo, certifico que foram cumpridas todas as normas éticas que abrange o estudo com seres humanos, mencionados nas resoluções 466/2012 e 510/2016, de acordo as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e CNS.

RESULTADOS

No estado de Goiás, no ano de 2021, apresentou um número de 90.961 Nascidos Vivos (NV), com uma Taxa de Mortalidade Infantil de 12,1 para cada 1000 NV. No qual, foram registrados 1.101 óbitos infantis, ocorridos em menores de 1 ano de idade. Dessas, foram classificadas como neonatais precoce 624 (56,7%), neonatais tardio, 184 (16,7%) infantil tardio ou pós-neonatal 291 (26,4%) óbitos (Tabela 1).

Ao observar as características desses óbitos notou-se uma predominância, entre os menores de um ano de idade, no sexo masculino com 618 (56,1%), apesar da tendência ter se repetido nos componentes, o neonatal tardio, proporcionalmente foi maior, 111 (60,3%). Já em relação à raça/cor predominou na raça negra (preta ou parda) com 526 (47,8%), no entanto, a quantidade de óbitos que não teve a sua raça ou cor caracterizada foi muito grande 184 (16,7%) comprometendo a realização de uma análise mais conclusiva (Tabela 1).

Ainda analisando as características dos óbitos infantis descritos na tabela 1, a maioria ocorreu em unidades de saúde 1.039 (94,4%) sendo 1.008 (91,6%) em hospitais, mostrando que, de alguma forma, teve alguma assistência. Já em relação ao peso ao nascer, 682 (61,9%) dessas crianças nasceram com menos de 2.500 gramas, sendo que 574 (84,2%) morreram antes de completarem 28 dias de nascidos.

Tabela 1. Características dos óbitos infantis, segundo os seus componentes* no Estado de Goiás, no ano de 2021.

Características	Neonatal precoce (624)		Neonatal tardio (184)		Infantil tardio (291)		Total (1.101)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXO								
Masculino	345	55,3	111	60,3	161	55,3	618	56,1
Feminino	279	44,7	71	38,6	129	44,3	480	43,6
Ignorado	0	0	2	1,1	1	0,3	3	0,3
RAÇA/ COR								
Branca	191	30,6	66	35,9	127	43,6	384	34,9
Preta	5	0,8	1	0,5	5	1,7	11	1
Amarela	6	1	1	0,5	0	0	7	0,6
Parda	306	49	87	47,3	122	41,9	515	46,8
Ignorado	116	18,6	29	15,8	37	12,7	184	16,7
LOCAL DE OCORRÊNCIA								
Hospital	602	96,5	176	95,7	228	78,4	1.008	91,6
Outro estabelecimento de saúde	7	1,1	2	1,1	22	7,6	31	2,8
Domicílio	2	0,3	5	2,7	32	11	39	3,5
Via pública	7	1,1	0	0	2	0,7	9	0,8
Outros	6	1	1	0,5	7	2,4	14	1,3
PESO AONASCKER (em gramas)								
<500	77	12,3	3	1,6	1	0,3	81	7,4
500 a 999	197	31,6	64	34,8	18	6,2	279	25,3
1000 a 1499	84	13,5	32	17,4	20	6,9	136	12,4
1500 a 2499	89	14,3	28	15,2	69	23,7	186	16,9
2500 a 2999	64	10,3	19	10,3	52	17,9	135	12,3
3000 a 3999	73	11,7	21	11,4	62	21,3	156	14,2
>= a 400	6	1	1	0,5	4	1,4	11	1
Ignorado	34	5,4	16	8,7	65	22,3	117	10,6

Fonte: Sistema de informação sobre mortalidade (SIM)

* Neonatal precoce (0 a 6 dias de vida); Neonatal tardio (7 a 27 dias de vida) e Infantil tardio (28 a 364 dias de vida).

Observação: dois óbitos infantis não foram incluídos nesta tabela pois estavam com status ignorado na faixa etária que definia os componentes dos óbitos

Ao aprofundar a observação em relação a idade da criança quando foi ao óbito percebe-se que quase 40% ocorreram nas 48 horas após o nascimento, sendo 29,7% nas primeiras 24 horas de vida. Há um decréscimo na quantidade de mortes com o aumento da idade exceto em dois momentos quanto tem um pico que são nas idades de sete a 13 dias de vida (9,4%) e 28 dias a um mês de nascidos (8,2%) (Figura 1).

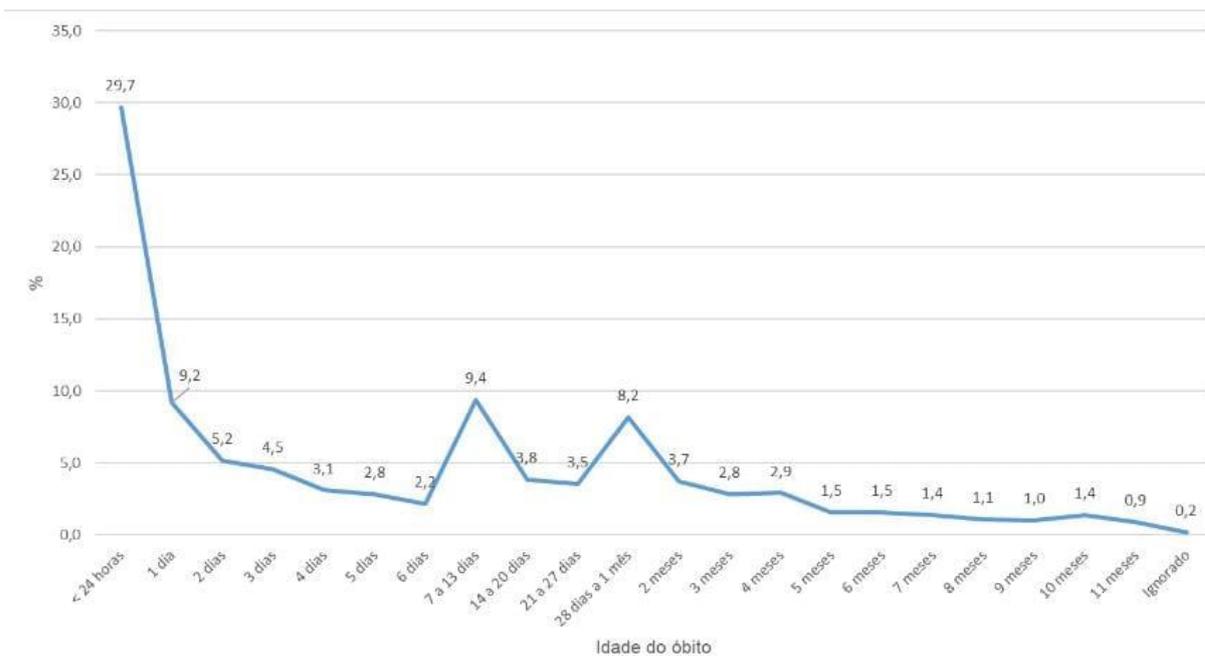


Figura 1. Óbitos infantis, segundo idade do óbito, no Estado de Goiás no ano de 2021.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Na análise das características maternas segundo a faixa etária, na tabela 2 observou-se predominância de óbitos infantis, filhos de mulheres com 20 a 29 anos de idade, com 460 (41,8%), destes, 286 (45,8 %) eram neonatais precoces. Já em relação à escolaridade se destacaram os óbitos de filhos de mães que possuem de 8 a 11 anos de estudo, com 492 (44,7%) destes, 297 (47,6%) eram óbitos neonatais precoces. A quantidade de óbitos infantis que não foram informados foi expressiva, com 281 (25,5%) dificultando uma análise mais detalhada.

Já quanto a duração da gestação (em semanas), 669 (60,76%) foram óbitos infantis que nasceram com menos de 37 semanas, na qual, 442 (66,06%) pertenciam ao componente neonatal precoce. As crianças com mais de 37 semanas, tiveram apenas (24,97%) dos óbitos. O tipo de gravidez que obteve um número preponderante foi a gravidez única, com 910 (82,7%), destes 542 (86,9%) óbitos neonatais precoces.

Em relação ao tipo de parto, o que obteve uma maior quantidade de óbitos infantis foi o parto cesariana com 529 (48,0%), no entanto, o parto vaginal também apresentou números importantes com 455 (41,3%). Em relação a quantidade de filho vivo, o que apresentou o maior percentual de óbitos, foram os filhos de mulheres que tiveram um filho, com 302 (27,4%).

Contudo, a quantidade de óbitos que não foram informados foi muito grande 455 (41,3%) afetando a realização de uma análise mais precisa.

Continuando a análise dos óbitos infantis de acordo com as características maternas, as mulheres que não tiveram óbitos fetais, se destacaram com 569 (51,7%). Já em relação a quantidade de gravidez, houve uma preeminência de óbitos infantis, filhos de mulheres que tiveram até um filho, com 764 (69,4%) com um destaque para o componente neonatal precoce 446 (71,5%). É imprescindível observar que a presença de óbitos infantis com informações ausentes foram de 252 (22,9%), o que representa um desafio significativo para a realização de uma análise mais abrangente (Tabela 2).

Tabela 2. Características das mães, segundo componentes* dos óbitos infantis de seus filhos, no Estado de Goiás no ano de 2021

Características das mães	Neonatal Precoce (624)		Neonatal tardio (184)		Infantil Tardio (291)			Total (1.101)	
	N	%	N	%	N	%	2	N	%
Faixa etária (em anos)									
10 a 14	6	1,0	1	0,5	3	1,0	-	10	0,9
15 a 19	90	14,4	29	15,8	40	13,7	-	159	14,4
20 a 24	153	24,5	43	23,4	48	16,5	-	244	22,2
25 a 29	133	21,3	29	15,8	54	18,6	-	216	19,6
30 a 34	104	16,7	33	17,9	45	15,5	-	182	16,5
35 a 39	54	8,7	22	12,0	30	10,3	-	106	9,6
40 a 44	28	4,5	5	2,7	13	4,5	-	46	4,2
45 a 49	2	0,3	1	0,5	3	1,0	-	6	0,5
Sem informação	54	8,7	21	11,4	55	18,9	2	132	12,0
Escolaridade (em anos de estudo)									
Nenhuma	23	3,7	9	4,9	11	3,8	-	43	3,9
1 a 3	12	1,9	1	0,5	9	3,1	-	22	2,0
4 a 7	56	9,0	15	8,2	42	14,4	-	113	10,3
8 a 11	297	47,6	77	41,8	118	40,5	-	492	44,7
12 e mais	89	14,3	28	15,2	33	11,3	-	150	13,6
Sem informação	147	23,6	54	29,3	78	26,8	2	281	25,5
Duração da Gestação (em semanas)									
Menos de 22	47	7,5	2	1,1	12	4,1	-	61	5,5
22 a 27	211	33,8	55	29,9	14	4,8	-	280	25,4
28 a 31	90	14,4	41	22,3	29	10,0	-	160	14,5
32 a 36	94	15,1	26	14,1	48	16,5	-	168	15,3
37 a 41	136	21,8	35	19,0	100	34,4	-	271	24,6

42 e mais	1	0,2	0	0,0	3	1,0	-	4	0,4
Sem informação	45	7,2	25	13,6	85	29,2	2	157	14,3
Tipo de Gravidez									
Única	542	86,9	149	81,0	219	75,3	-	910	82,7
Dupla	47	7,5	19	10,3	20	6,9	-	86	7,8
Tripla e mais	8	1,3		0,0	1	0,3	-	9	0,8
Sem informação	27	4,3	16	8,7	51	17,5	2	96	8,7
Tipo de parto									
Vaginal	296	47,4	69	37,5	90	30,9	-	455	41,3
Cesário	291	46,6	99	53,8	139	47,8	-	529	48,0
Sem informação	37	5,9	16	8,7	62	21,3	2	117	10,6
Quantidade de filho vivo									
Nenhum	100	16,0	17	9,2	23	7,9		140	12,7
Um	186	29,8	59	32,1	57	19,6		302	27,4
Dois	107	17,1	34	18,5	57	19,6		198	18,0
Três ou mais	79	12,7	29	15,8	65	22,3		173	15,7
Sem informação	208	33,3	45	24,5	202	69,4		455	41,3
Quantidade de óbito fetal									
Nenhum	325	52,1	97	52,7	147	50,5		569	51,7
Um	99	15,9	25	13,6	31	10,7		155	14,1
Dois	19	3,0	5	2,7	8	2,7		32	2,9
Três ou mais	10	1,6	2	1,1	3	1,0		15	1,4
Sem informação	171	27,4	55	29,9	102	35,1		328	29,8
Quantidade de gravidez									
Um	446	71,5	125	67,9	193	66,3		764	69,4
Dois	41	6,6	18	9,8	18	6,2		77	7,0
Três ou mais	5	0,8	0		1	0,3		6	0,5
Sem informação	132	21,2	41	22,3	79	27,1		252	22,9

Fonte: Sistema de informação sobre mortalidade (SIM).

* Dois óbitos infantis não tinha informação da idade na ocorrência do óbito e portanto não foi possível classificá-los.

Conforme ilustrado na Figura 2, nota-se uma expressiva variação na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) nas regionais de saúde do estado de Goiás. A maioria dessas regiões apresenta uma TMI que varia de 6,0 a 12,2 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos. No entanto, a regional Nordeste I chama a atenção, apresentando uma TMI de 20,5 por 1.000 nascidos vivos, classificando-a como uma TMI média, sendo a mais elevada entre todas do estado de Goiás.

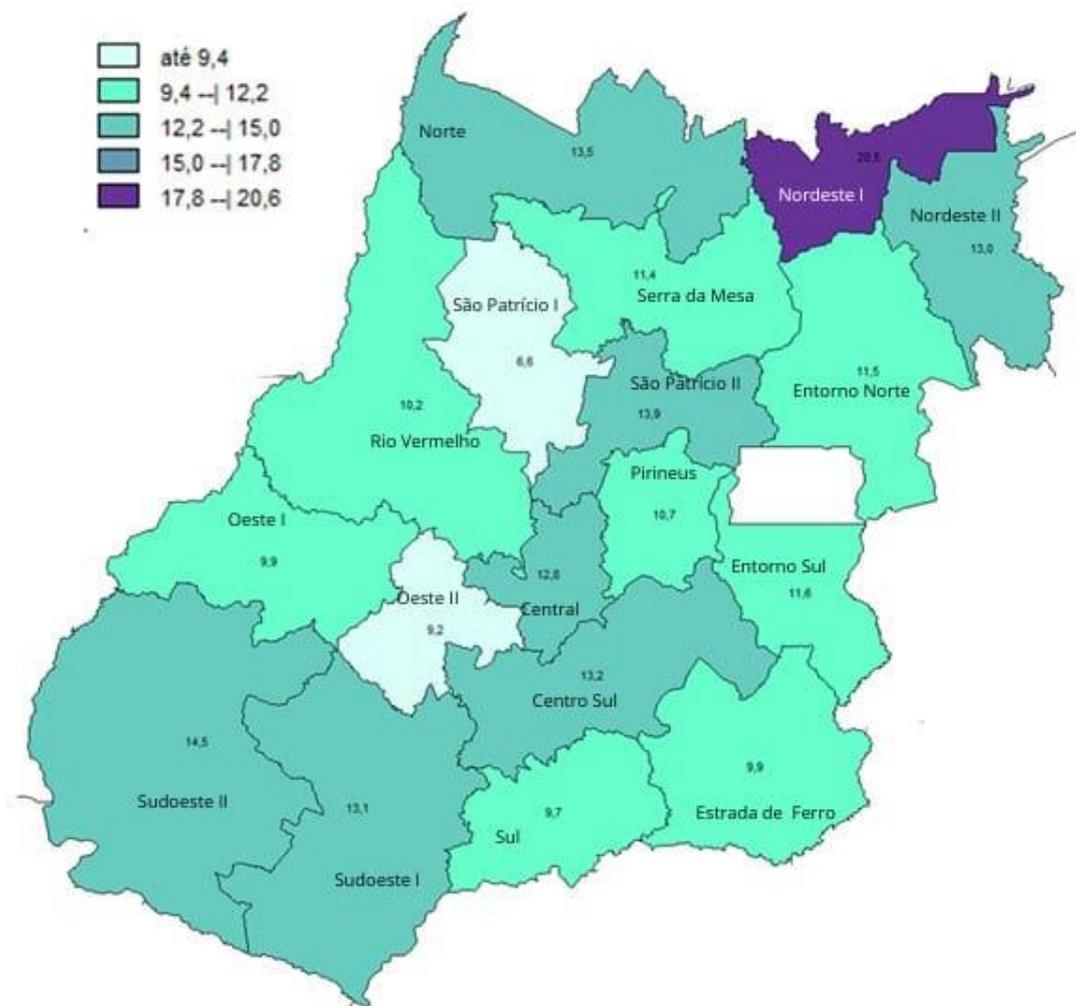


Figura 2. Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos, por regional de saúde, no Estado de Goiás no ano de 2021.

DISCUSSÃO

O coeficiente de mortalidade infantil apresentado nesta pesquisa no Estado de Goiás no ano de 2021 foi de 12,1 por 1000 NV, sendo 6,9 por 1000 NV no período neonatal precoce; 2,0 por 1000 NV no neonatal tardio e 3,2 por 1000 NV no período pós-neonatal. Como comparativo, em 2020 a TMI do estado de Goiás foi de 11,4 para cada 1000 NV, demonstrando um aumento de 0,7 por 1000 NV na taxa de mortalidade infantil no período de um ano.

O componente neonatal (0 a 27 dias de vida), representou a maioria dos óbitos, totalizando 73,39%, em comparação ao pós-neonatal, que registrou 26,43% dos óbitos. A literatura enfatiza que mais de 70% das mortes neonatais são atribuíveis a causas evitáveis, conforme citado por Gaíva et al., (2014). Os principais fatores associados a esses números elevados incluem as afecções originadas no período perinatal, complicações cardiovasculares e respiratórias, além de baixo peso e prematuridade (GORGOT et al., 2011).

Já em relação as características relacionadas ao peso ao nascer, essa pesquisa obteve um predomínio de mortes infantis em crianças com menos de 2.500 gramas, com 682 (61,9%), dessas, 574 (84,2%) eram do componente neonatal precoce. Corroborando com os achados, Silva et al., (2019), no qual, revela que os recém-nascidos com peso abaixo de 2.500 gramas tiveram 65% dos óbitos neonatais, enquanto 35% dos óbitos neonatais apresentaram peso superior a 2.500 gramas. Conforme a pesquisa de Gaíva et al., (2018) argumenta que devido a complicações durante a gestação; um parto e cuidado inadequado com o recém-nascido, práticas assistenciais ineficientes, são fatores que influenciam uma frequência maior de mortes em neonatos abaixo do peso.

A prematuridade no presente estudo, foi um fator importante em relação as mortes infantis, no qual, 669 (60,76%) filhos de mulheres com idade gestacional menor que 37 semanas morreram antes de completar 1 ano, desses, 442 (66,06%) eram neonatais precoce. Segundo Araújo Filho et al., (2017), óbitos de bebês com idade gestacional menor que 37 semanas, foi de 71, 14%, com um predomínio de mortes neonatais precoces 72,5%. O nascimento pré-termo é principal causa de morbimortalidade infantil, sendo que quanto menor a idade gestacional do recém-nascido, maior o risco de morte e de desenvolver sequelas, devido aos sistemas vitais e órgãos ainda não estarem completamente desenvolvidos (DEMITTO et al., 2017). Aos fatores que envolvem a prematuridade podem ser devidos: acompanhamento do pré-natal inexistente ou inadequado, pouca idade materna; complicações na gestação como: placenta prévia, diabetes e doenças cardiovasculares (POHLMANN et al., 2016).

Outra característica materna que houve um predomínio nesse estudo foi em relação a quantidade de filho vivo, no qual, 764 (69,4%) eram filhos de mulheres primigestas, desses 446 (71,5%) pertenciam ao componente neonatal precoce. Esses dados corroboram com os achados de Silva et al., (2019) que mais da metade dos óbitos neonatais eram vindos de mulheres em sua primeira gestação. Alberto et al., (2011) discorre que isso se deve a primeira gravidez está mais suscetível a intercorrências, como a distócias, que são quaisquer complicações de origem materna ou fetal que dificulte ou impeça o parto.

No presente estudo observou-se que a maioria dos óbitos foram no período neonatal precoce, principalmente nas primeiras 24 horas de vida com 29,7% dos óbitos neonatais. Um percentual similar aos achados de Lansky et al., (2014); Filho et al., (2017). Conforme discorre Paiva et al., (2020), grande parte dos óbitos infantis ocorre no primeiro dia, devido ao momento entre o parto e o nascimento possuir uma maior vulnerabilidade ao recém-nascido.

Para Maranhão (2012) a prematuridade e o baixo peso ao nascer são as principais causas que estão relacionadas as mortes infantis nas primeiras 24 horas de vida. Isso se deve a condições antenatais de saúde da gestante, e a qualidade do atendimento ao longo do pré-natal (GAÍVA et al., 2013).

Nesta presente pesquisa, grande parte das regionais apresentou uma TMI de até 12,2 por 1000 NV, entretanto, a regional de saúde Nordeste I se destacou entre as demais, com uma TMI de 20,5 por 1000 NV. Essa regional é composta por 5 municípios, e segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), cerca de 10% da população e recebem em média até 2 salários mínimos.

Essas disparidades estatísticas podem ser atribuídas a fatores socioeconômicos e ambientais, que dificultam o acesso a serviços de saúde de qualidade (Batista e Cruz, 2015). Uma região com vulnerabilidade econômica está associada a uma taxa de mortalidade infantil elevada, e por isso necessita de um maior gasto público em saúde, sendo assim, para diminuir essas diferenças regionais, é necessária equidade na distribuição dos serviços de saúde (SCHENKEL, 2018).

Houve uma quantidade significativa de óbitos infantis ignorados neste estudo, no qual, se destacou como exemplo, as variáveis: raça /cor do RN, quantidade de óbitos fetais, quantidade de filho vivo, quantidade de gravidez e escolaridade da mãe. Essa limitação de informações dificulta o conhecimento da verdadeira situação de saúde que essas crianças se encontram e evidencia uma falha no sistema de coleta desses dados (COSTA; BORGES, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste sentido foi observado um predomínio de mortes neonatais precoces, no qual as primeiras 24 horas após o nascimento foi considerado o período mais crítico. A análise também revelou que bebês com baixo peso ao nascer e prematuros foram os grupos mais suscetíveis a óbitos infantis. Além disso, os resultados apontaram que filhos de mulheres em sua primeira gestação também apresentaram uma maior taxa de morte em menores de 1 ano de idade.

Os resultados ressaltam a necessidade na melhoria da assistência perinatal e da atenção pré-natal. Medidas preventivas direcionadas, acompanhamento médico e intervenções precoces são de mais valia para redução da mortalidade infantil. A compreensão da TMI, pois pode orientar políticas de saúde pública e programas voltados ao binômio mãe-filho, visando a um melhor desfecho para as crianças e suas famílias.

REFERÊNCIAS

- ALBERTO, S. A. et al. Fatores associados aos os neonatais e pós-neonatais em Moçambique. Revista Brasileira de Estudos de População v. 28, p. 139-216, de 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/5CVzq4tBKYjtX3wBM9Ws9nG/>. Acesso em: 02 nov. 2023 (que a dia 2023)
- ARAÚJO FILHO, A. C. (emo) A. de et al. Aspectos epidemiológicos da mortalidade neonatal em decapital nordeste do Brasil. Revista Cuidarte em, v. 8, n. 3, p. 1767-1776, 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732017000301767&script=sci_arttext. Acesso em: 02 nov. 2023.
- BATISTA FILHO, M.; CRUZ, R. de S. B. (Foto: B.) L. ('). C. (') C. Uma saúde das crianças no mundo e no Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 15, p. 451-454, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/HCFbVDMkqgXHjmWDT8S7Pxj/?format=html&stop=next&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2023.
- BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Contexto Geral. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Maio 2021. Disponível em: <https://indicadores.saude.gov.br/public/observatorio-mi.html> (, . e
- DALLA COSTA, L.; DE MACEDO BORGES, L. Características epidemiológicas da mortalidade neonatal e infantil em uma regional de saúde. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 26, n. 1, 2022. Disponível em: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/download/8250/4198>. Acesso em: 29 out. 2023.
- DA SILVA, B. S. (tra) São. C. et al. Fatores associados à causas óbito des neonatais em uma UCI no município de Castanhal-Pa. Jornal de Desenvolvimento, v. 5, n. 7, p. 139-9595-9519, 2019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/2407>. Acesso em: 29 para fora. 2023 (em inglês).
- DEVINE, S.; TAYLOR, G. Every child alive. 1211 Genève 10, Switzerland: UNICEF, 2018. Disponível em: https://www.unicef.org/media/48096/file/Every_Child_Alive_The_urgent_need_to_end_new_born_deaths-ENG.pdf. Acesso em: 26 jul. 2023.
- DEMITTO, M. O. et al. Gestaçã de alto fatores é o dete o indoe que é o indoto ao neonatal. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 51, e03208, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03208.pdf. Acesso em: 02 nov. 2023.

- DE PAIVA, C. M. M. (ún) L. et al. (es) Perfil da mortalidade neonatal no município de Santarém-Pará. *Revista Brasileira de Saúde*, v. 3, n. 1, p. 518-531, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/6424/5678>. Acesso em: 02 nov. 2023.
- FLORÊNCIO, V. et al. Fatores associados a taxa de mortalidade infantil. Secretaria de Saúde. 2021. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/files/conecta-sus/produtos-tecnicos/2021/Mortalidade%20-%20Fatores%20Associados%20a%20Taxa%20de%20Mortalidade%20Infantil.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2023.
- GAÍVA, M. A. A. M.; BITTENCOURT, R. M.; FUJIMORI, E. Óbito neonatal e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 34, p. 139-91-97, 2013 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400012>. Acesso em: 03 nov. 2023 (em inglês).
- GAÍVA, M. A. A.M. et al. Óbitos neonatais de recém-nascidos de baixo peso ao nascer. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 20, 2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/772b/edc415773e364278b45cd1cb878ffef62a28.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.
- GORGOT, L. R. M. da R. et al. Óbitos evitáveis até 48 meses de idade entre as crianças da Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2004. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, p. 334-342, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DfqQyzG9bY5YLFmhqbGW4tD/?lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2023.
- IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Brasília: IPEA, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3205>. Acesso em: 20 out. 2023.
- LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. S192-S207, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>. Acesso em: 02 nov. 2023.
- MARANHÃO, A. G. K. et al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 1, p. 163-182. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/12478>. Acesso em: 02 nov. 2023.
- POHLMANN, em F. C. et al. Parto: presentes abordagens na produção nacional e internacional. *Enfermería Global (e)*, Murcia, v. 15, n. 2, p. 386-423, 2016. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/download/231881/192551>. Acesso em: 02 nov. 2023.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE – RIPSAs. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2023.
- SALOIO, C. Á. et al. Magnitude e determinantes da mortalidade neonatal e pós-natal em Goiânia, Goiás: um de estudo coorte retrospectivo, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 29, p. e2020132, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/ds3xhvVprDVbM58rXZMfXRN/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

- SANTOS, C. A. de S. et al. Mortalidade neonatal por causas evitáveis em Cuiabá-MT. Cuiabá, 2019. Disponível em: <https://bdm.ufmt.br/handle/1/1671>. Acesso em: 21 jul. 2023.
- SARDINHA, L. M. V. Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010). Brasília, 2014. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16396/1/2014_LuacianaMonteiroVasconcelosSardinha.pdf. Acesso em: 01 ago. 2023.
- SCHENKEL, M. do A. A ação do Estado sobre as condições de saúde em um contexto de desigualdades sociais: uma análise regionalizada no Brasil. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/186119/001076086.pdf?sequence=1>. Acesso em: 01 nov. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global nutrition targets 2025: childhood overweight policy brief. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overweight/en/. Acesso em: 29 out. 2023.