



Mortalidade infantil na paraíba: estudo epidemiológico realizado no repositório institucional do estado

CHILD MORTALITY IN PARAÍBA: EPIDEMIOLOGICAL STUDY CARRIED OUT IN THE STATE INSTITUTIONAL REPOSITORY

Pollianna Marys de Souza e Silva¹, Rayane Priscila Batista dos Santos², Fabiana Veloso Lima³, Larissa Fernandes Silva⁴

¹ Fisioterapeuta e Servidora Pública dos Estados da Paraíba e Rio Grande do Norte. Doutoranda em Ciência da Informação pela Universidade Federal da Paraíba.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1134-6264>

Email: pollianna_marys@hotmail.com

² Especialista em Fisioterapia Neonatal e Pediátrica pelo Centro Universitário de João Pessoa. Fisioterapeuta do Estado da Paraíba/UTI Neo da Maternidade Frei Damião.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0084-7968>

Email: rayane_priscila@hotmail.com

³ Enfermeira e Fisioterapeuta/Servidora Pública do Município de João Pessoa-PB

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9177-5466>

Email: fafavlima@yahoo.com.br

⁴ Arquivista e Doutoranda em Ciência da Informação pela Universidade Federal da Paraíba.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1971-2473>

Email: larissafernandes.arquivista@gmail.com

Correspondência: Rua Rita Sabino de Andrade 295. Ed. Açores/apto 206. Aeroclub, João Pessoa, Paraíba.

Copyright: Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial 4.0 Internacional.

Conflito de interesses: os autores declaram que não há conflito de interesses.

Como citar este artigo

Silva, P. M. S.; Santos, R. P. B; Lima, F. V.; Silva, L. F. Mortalidade infantil na Paraíba: estudo epidemiológico realizado no repositório institucional do estado. Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais. [online], volume 7,

número especial III. Editor responsável: Luiz Roberto de Oliveira. Fortaleza, fevereiro de 2022, p.161-174. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/resdite/index>. Acesso em "dia/mês/ano".

Data de recebimento do artigo: 12/08/2021

Data de aprovação do artigo: 28/01/2022

Data de publicação: 14/02/2022

Resumo

Introdução: A taxa de mortalidade infantil é um indicador que corresponde ao número de óbitos de crianças menores de 01 (um) ano de idade por 1.000 (mil) nascidos vivos no período de um ano. **Objetivo:** O objetivo dessa pesquisa foi analisar o perfil das crianças menores de um ano de idade que foram a óbito entre os anos de 2014 e 2018 no Estado da Paraíba, por meio de dados do Repositório Institucional da Secretaria de Estado da Saúde (SES) da Paraíba. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico, documental e retrospectivo. **Resultados:** Na Paraíba, entre 2014 e 2018, registrou-se 3.651 óbitos infantis em um total de 292.143 nascidos vivos; tendo como maior incidência o componente neonatal precoce com 1.960 (54%), seguido do pós-neonatal com 1.082 (30%). **Conclusão:** Percebe-se uma diminuição dos óbitos neonatais no decorrer dos anos de 2014 e 2018 no estado. Contudo, ainda não se

alcançou índices preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Palavras-chave: Mortalidade infantil. Informação em saúde. Repositório institucional. Estudo epidemiológico.

Abstract

Introduction: The infant mortality rate is an indicator that corresponds to the number of deaths of children under 01 (one) year of age per 1,000 (thousand) live births in the period of one year. **Objective:** The objective of this research was to analyze the profile of children under one year of age who died between 2014 - 2018 in the

State of Paraíba, using data from the Institutional Repository of the State Department of Health (SES) of Paraíba. **Method:** This is an epidemiological, documentary and retrospective study. **Results:** In Paraíba, in the years 2014 to 2018, 3,651 infant deaths were recorded in a total of 292,143 live births; with the highest incidence of the early neonatal component with 1,960 (54%), followed by the post-neonatal component with 1,082 (30%). **Conclusion:** A decrease in neonatal deaths is perceived during the year 2014 to 2018 in Paraíba, however the indexes recommended by the World Health Organization (WHO) have not yet been reached.

Keywords: Infant mortality. Health information. Institutional repository. Epidemiological study.

1. Introdução

A informação possui um papel de protagonismo na sociedade atual devido às mudanças sociais perpassadas pela humanidade ao longo dos anos. Estas alterações ocorreram principalmente por meio do avanço das tecnologias digitais que modificaram a forma como nos comunicamos, acessamos a informação e adquirimos conhecimento. Nesse viés, ao trazermos a informação organizada, verídica e acessível, ela é capaz de contribuir para as pesquisas e aporte teórico-metodológico na área da saúde, como por exemplo, os apontamentos de estudos através de dados com taxas referentes à população. No caso dessa pesquisa, da mortalidade infantil (MI).

Ainda em 2020 estamos pesquisando e discutindo mortes infantis. Até quando não teremos políticas sociais voltadas para essa realidade? Constantemente observamos ações de organizações não governamentais (ONG) com o intuito de mudar esta realidade. A relevância desta pesquisa consiste no fato de, através dessa pesquisa, ser possível identificar o perfil dos óbitos em crianças menores de um ano de idade e ter subsídios para a adoção de estratégias com o objetivo de diminuir esta realidade ainda presente na região Nordeste (NE), em destaque na Paraíba (PB), foco do presente estudo.

A MI abrange todos os óbitos de crianças menores de um ano de idade, sendo constituídos pelo componente neonatal, óbitos ocorridos nos primeiros 27 dias de vida, divididos em mortalidade neonatal precoce (menores de 07 dias de vida) e neonatal tardia (do 7º ao 27º dia de vida); e componente pós-neonatal, sucedidos entre 28 e 365 dias completos de vida¹.

A taxa de mortalidade infantil (TMI), também chamado de Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), é um indicador que corresponde ao número de óbitos de menores de um ano de idade/por mil nascidos vivos no período de um ano. É um índice importante, pois demonstra a responsabilidade que a Sociedade e o Estado possuem frente a esta demanda². Nos países subdesenvolvidos ainda persistem os altos índices de MI. Partindo dessa premissa, o objetivo desta pesquisa é analisar o perfil das crianças menores de um ano de idade que foram a óbito entre os anos de 2014 e 2018 no Estado da Paraíba, por meio de dados do Repositório Institucional (RI) da Secretaria de Estado da Saúde (SES) da Paraíba.

No Brasil, houve redução na TIM em todas as regiões, com destaque para o NE. De 1990 a 2012, esta região apresentou uma diminuição considerável de 75,8 óbitos por nascidos vivos (NV) para 17,1/1.000 NV³. Mesmo o país apresentando redução da TIM, o número ainda é elevado quando comparado aos países desenvolvidos, principalmente no período neonatal precoce, o qual em 1990, era de 23,1/1.000 NV; em 2000, 16,7/1.000 NV; e, em 2010, 11,1/1.000 NV. Esses números apontam que os recém-nascidos (RN) se tornaram um grupo de risco e necessitam de maior atenção, principalmente os classificados como RN de risco⁴.

O Ministério de Saúde⁵ define como RN de risco os neonatos com pelo menos um dos critérios: baixo peso ao nascer (menor do que 2.500 g); idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas; asfixia grave (apagar menor do que 07 no 5º minuto de vida); RN de mães adolescentes; hospitalização ou intercorrência na maternidade ou na assistência ao RN; RN de mães com menos de 08 anos de escolaridade; moradia em área de risco e história de morte em criança menor de cinco anos na família.

2. Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, documental e retrospectivo, com uso de dados primários, obtidos por meio de consulta à base de dados através do Repositório Institucional (RI) da SES/Paraíba, acessado em 20 de maio de 2019.

A população do estudo é constituída por todos os casos de óbitos infantis, registrados no período de 2014 a 2018, abrangendo as variáveis: sexo, raça, local de ocorrência e causas. Para evitar erros de retardo de notificação, optou-se por analisar os dados disponíveis entre 2014 e 2018 (os dados de 2019 não foram incluídos, pois estes ainda não estão completos no RI do Estado).

No presente estudo, foram considerados os RN e crianças até 01 (um) ano de idade. Os dados obtidos no RI foram organizados em tabelas e gráficos utilizando recursos do programa *Microsoft Excel* 2010. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva simples e cálculo do Coeficiente de Mortalidade Infantil e seus componentes.

As tabelas foram separadas pelo componente neonatal precoce, menor do que 07 (sete) dias de vida; tardio de 07 (sete) a 27 dias e pós-neonatal, 28 dias a 365 dias completos de vida, sendo categorizadas conforme as variáveis: sexo, raça, local de ocorrência e causa básica.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) foi calculado dividindo-se o total de óbitos em crianças menores de 01 (um) ano, em determinado período e ano, pelo total da população na referida faixa etária. Uma tabela foi construída com o número de NV e dos óbitos correspondentes a cada componente, sendo separado pelo Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce (CMNP), Coeficiente de Mortalidade Neonatal Tardia (CMNT) e Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal (CMPN).

2. Resultados

Os resultados são apresentados inicialmente de forma geral e posteriormente categorizados conforme as seguintes variáveis: sexo, raça/cor, local de ocorrência e causa base de acordo com a classificação do CMI em neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal.

De acordo com os dados da pesquisa no Estado da Paraíba, nasceram 292.143 crianças de 2014 até 2018 e foram registrados no mesmo período 3.651 óbitos infantis, sendo que a predominância foi em 2014 e 2017, com frequência de 786 e 764, respectivamente. Quanto ao CMI, observa-se a prevalência dele nos últimos anos, tendo maior incidência nos anos de 2014 e 2017 (13,5 e 13,3 – respectivamente) e maior índice no componente neonatal precoce.

A tabela 1 apresenta a frequência de NV e óbitos infantis de 2014 a 2018, sendo divididos segundo a faixa etária, menor que sete dias, 07-27 dias e 28 dias a um ano, além dos coeficientes de mortalidade infantil.

Tabela 1 - Número de Nascidos Vivos e Coeficiente de Mortalidade Estratificado nas Diferentes Faixas Etárias e Total Entre os Anos 2014-2018, Paraíba

Variáveis	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Nascidos Vivos	58.448	59.844	56.090	57.511	60.250	292.143
Óbitos Neonatais Precoces (<7d)	440	365	369	427	359	1.960
CMNP	7,6	6,1	6,6	7,4	5,9	6,7
Óbitos Neonatais Tardios (7-27d)	128	125	110	122	124	609
CMNT	2,2	2,1	1,9	2,1	2,0	2,1
Óbitos Pós-Neonatais (28d – 1a)	218	198	232	215	219	1.082
CMPN	3,7	3,3	4,1	3,7	3,6	3,7
Coeficiente Mortalidade Infantil	13,5	11,5	12,7	13,3	11,7	12,5

CMNP = Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce; CMNT = Coeficiente de Mortalidade Neonatal Tardio; CMPN = Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal.

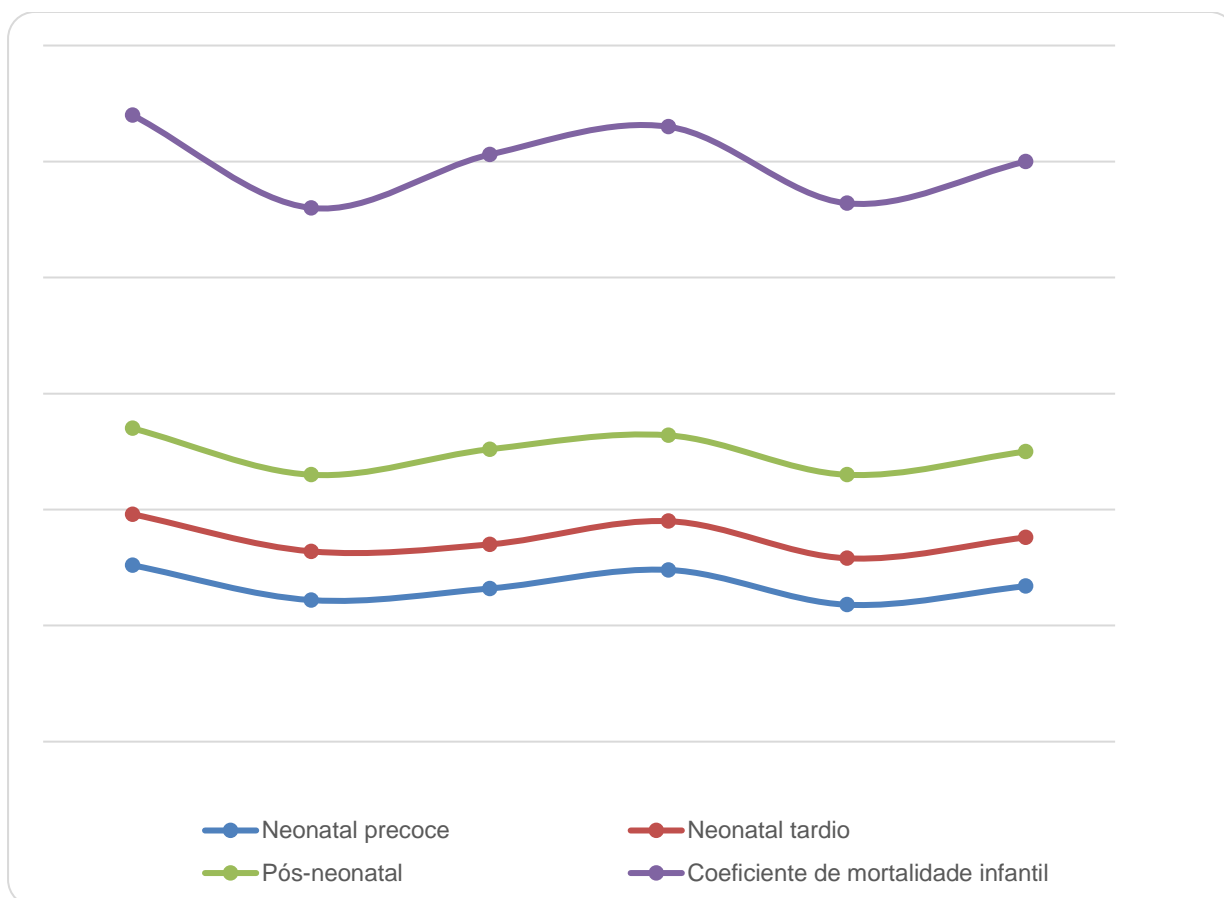
Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Os dados da tabela 01 estão em conformidade com a pesquisa feita por Lisboa⁶ e Martins⁷, em relação ao predomínio de óbitos nos componentes neonatal precoce (60% e 83,3%, respectivamente) e pós-neonatal (16% e 16,7%, respectivamente). Na pesquisa de Lansky *et al.*⁸ a MI foi maior no CMNP e grande parte ocorreu nas primeiras 24 horas (25%), o que indica uma relação com o parto e nascimento. A prematuridade e suas complicações ainda são as principais causas de óbitos neonatais.

Conforme Silva, Almeida e Alencar⁹, o CMPN foi de 3,93%, relacionando as características sociodemográficas, local de ocorrência do parto, maior vulnerabilidade em relação ao nascimento, como a prematuridade e o baixo peso; contribuindo para desfechos negativos no período neonatal e no pós-neonatal.

O CMI vem caindo na Paraíba ao decorrer dos anos. De 2014 a 2018, é possível observar um decréscimo nos três componentes - neonatal precoce, tardio e pós-neonatal. O CMNP, em 2014, era de 7,6 e, em 2018, era de 5,9; o tardio, em 2014, era de 2,2 e, em 2018, era de 2,0; em relação ao CMPN, em 2014, era de 3,7 e, em 2018, era de 3,6. Sendo possível observar que a MI prevalece no componente neonatal precoce (Gráfico 01).

Gráfico 1 - Número de Óbitos Neonatais Precoce, Tardio e Pós-Neonatal no Decorrer dos Anos de 2014-2018, Paraíba



Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Os fatores relacionados à mortalidade neonatal precoce apresentaram relação com óbitos ocorridos em meninos de cor parda e em hospitais. De um total de 1960 óbitos, a prevalência dos óbitos do sexo masculino, em 2015 e 2016, (62,2% e 58,8%, respectivamente); pardas, em 2017 e 2015, (74% e 73,4%) e em hospitais nos anos de 2017 e 2016 (98,4% e 97,8%, respectivamente).

Tabela 2 - Perfil da Mortalidade Neonatal Precoce de Acordo com o Sexo, a Raça e o Local de Ocorrência Durante os Anos de 2014-2018, Paraíba

Variáveis	Ano											
	2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL	
Sexo	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	253	57,5	227	62,2	217	58,8	242	56,7	195	54,3	1134	57,9
Feminino	183	41,6	134	36,7	149	40,4	180	42,2	161	44,8	807	41,2
Ign	04	0,9	04	1,1	03	0,8	05	1,2	03	0,8	19	1,0
Total	440	100	365	100	369	100	427	100	359	100	1960	100
Raça	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Branca	88	20	70	19,2	71	19,2	76	17,8	65	18,1	370	18,9
Preta	01	0,2	05	1,4	06	1,6	02	0,5	04	1,1	18	0,9
Amarela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parda	313	71,1	268	73,4	266	72,1	316	74	260	72,4	1423	72,6
Indígena	0	0	0	0	01	0,3	01	0,2	0	0	02	0,1
NI	38	8,6	22	6	25	6,8	32	7,5	30	8,4	147	7,5
Total	440	100	365	100	369	100	427	100	359	100	1960	100
Local de ocorrência	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hospital	425	96,6	356	97,5	361	97,8	420	98,4	348	96,9	1910	97,4
OES	01	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	01	0,1
Domicílio	04	0,9	04	1,1	03	0,8	02	0,5	05	1,4	18	0,9
Via pública	03	0,7	03	0,8	04	1,1	02	0,5	03	0,8	15	0,8
Outros	05	1,1	02	0,5	1	0,3	03	0,7	02	0,6	13	0,7
Ign	02	0,5	0	0	0	0	0	0	01	0,3	03	0,2
Total	440	100	365	100	369	100	427	100	359	100	1960	100

NI = não informado; OES = outro estabelecimento de saúde.

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

A pesquisa apresentou resultados semelhantes quanto à predominância dos óbitos do sexo masculino (55,5%)¹⁰. Com relação à associação entre sexo do RN e risco de morte em crianças menores de um ano, foi visto que meninos apresentam 1,6 vezes o risco de morte durante o período neonatal devido ao amadurecimento do pulmão ser mais lento, estando sujeitos a maiores complicações respiratórias⁴. Este estudo mostra uma maior proporção de óbitos em neonatos de cor parda (57,7%). Porém, as informações sobre raça/cor no Brasil ainda são imprecisas no tocante à identificação pelos profissionais que registram ou notificam os óbitos em crianças menores de um ano de idade.

Na pesquisa de Oliveira *et al.*¹¹, a identificação da cor/raça está relacionada às condições sociodemográficas, econômicas, culturais e assistenciais, e influenciam diretamente nas condições não apenas do nascimento, mas também durante toda a vida. As mães pardas apresentam piores condições sociodemográficas.

Na pesquisa atual, não foi observado diferença quando considerado o peso ao nascer do RN, a necessidade de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) e a

ocorrência de doença respiratória no 1º ano de vida entre filhos de mães pardas, em relação às brancas.

Os locais de maior ocorrência de óbitos neonatais foram os hospitais (97,4%)¹². A maioria dos partos ocorreu em hospitais e com assistência médica. Todavia, a maioria dos neonatos nasceu com asfixia. Algumas práticas assistenciais que ocorrem no pré-natal, no parto e na UTI Neo, podem influenciar na mortalidade neonatal precoce.

Em relação às causas por mortalidade neonatal precoce prevaleceram as afecções originadas no período neonatal e as malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas. De um total de 1960 óbitos, há prevalência dos óbitos devido às afecções do período neonatal em 2018 e 2017 (79% e 78,2%, respectivamente) e das malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas em 2015 (21,6%) e em 2014 e 2016 (21,1%).

Tabela 3 - Perfil da Mortalidade Neonatal Precoce Segundo as Causas Durante os Anos de 2014 – 2018, Paraíba

Variável	Ano											
	2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL	
Causa Base	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doenças infecciosas e parasitárias	02	0,5	02	0,6	04	01	01	0,3	04	01	13	0,6
Neoplasias	00	00	00	00	00	00	00	00	02	01	02	0,1
Doenças hematológicas	01	0,2	00	00	00	00	00	00	01	0,5	02	0,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	00	00	01	0,3	00	00	00	00	00	00	01	0,1
Sistema circulatório	00	00	00	00	02	0,5	02	0,5	00	00	04	0,2
Aparelho respiratório	00	00	02	0,5	00	00	01	0,2	00	00	03	0,2
Aparelho digestivo	00	00	01	0,3	00	00	01	0,2	00	00	02	0,1
Aparelho geniturinário	01	0,2	00	00	01	0,3	00	00	00	00	02	0,1
Afecções originadas no período perinatal	332	75,5	26 9	73,7	28 1	76,3	33 4	78,2	28 4	79	1500	76,5
Malformações Congênicas, deformidades e anomalias congênicas	93	21,1	79	21,6	78	21,1	87	20,4	63	17	400	20,4
Achados anormais nos	08	1,8	08	2,2	03	0,8	00	00	02	01	21	1,1

exames clínicos e
laboratoriais

Causas externas	03	0,7	02	0,5	00	00	01	0,2	01	0,5	07	0,4
Outros	00	00	01	0,3	00	00	00	00	00	00	01	0,1
Total	440	100	36	100	36	100	42	100	35	10	1960	100
			5		9		7		9	0		

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

As causas de mortes neonatais prevaleceram às afecções originadas no período neonatal, com 85,9%; seguida das malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, com 11,3%¹³. As causas dos óbitos em neonatos precoces tiveram uma prevalência de 27,4%, devido à prematuridade, seguida de 22,1% por malformações congênitas¹⁴.

A maioria dos óbitos neonatais apresenta relação com a assistência prestada à gestante no pré-natal, que dependem de ações voltadas para a mãe e o feto. A atenção pré-natal de qualidade, com garantia de exames e tratamento em tempo oportuno, promove o controle de infecções e dos riscos de complicações na gravidez, além da prevenção da prematuridade iatrogênica. Esses são fatores que podem ser minimizados e, com isso, contribuir para diminuir a mortalidade neonatal precoce⁸.

Em relação à mortalidade neonatal tardia, verificam-se óbitos ocorridos no sexo masculino, de cor parda e o local de ocorrência em hospitais. De um total de 609 óbitos, há prevalência dos óbitos do sexo masculino em 2014 e 2016 (62% e 59%, respectivamente), pardas em 2017 e 2016 (70,5% e 68,2%) e em hospitais de 2017 e 2018 (98,4% e 96,8%).

Tabela 4 - Perfil da Mortalidade Neonatal Tardia nos Anos de 2014-2018, Paraíba

Variáveis	Ano											
	2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo												
Masculino	79	62	68	54	65	59	55	45	62	50	329	54
Feminino	49	38	57	46	45	41	65	53	62	50	278	45,6
Ignorado	00	00	00	00	00	00	02	02	00	00	02	0,3
Total	128	100	125	100	110	100	122	100	124	100	609	100
Raça												
Branca	32	25	43	34,4	28	25,5	27	22,1	31	25	161	26,4
Preta	00	00	00	00	00	00	01	0,8	01	0,8	02	0,3
Amarela	01	0,8	00	00	00	00	00	00	00	00	01	0,2
Parda	85	66,4	76	60,8	75	68,2	86	70,5	84	67,7	406	66,7
Indígena	01	0,8	01	0,8	0	0	01	0,8	00	00	03	0,5
NI	09	07	05	04	07	6,4	07	5,7	08	6,5	36	5,9
Total	128	100	125	100	110	100	122	100	124	100	609	100
Local de ocorrência												
Hospital	122	95,3	118	94,4	105	95,5	120	98,4	120	96,8	585	96,1
OES	00	00	00	00	01	0,9	00	00	00	00	01	0,2

Domicílio	05	3,9	05	04	01	0,9	01	0,8	04	3,2	16	2,6
Via pública	00	00	01	0,8	01	0,9	00	00	00	00	02	0,3
Outros	01	0,8	01	0,8	02	1,8	01	0,8	00	00	05	0,8
Ignorado	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Total	128	100	125	100	110	100	122	100	124	100	609	100

NI = não informado; OES = outro estabelecimento de saúde.

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Na pesquisa de Barbosa *et al.*¹⁵, do total de óbitos infantis, 20 (55,5%) ocorreram no período antes do RN completar 28 dias de vida, sendo mais da metade do sexo masculino (59,3%), assim como na pesquisa de Gaiva, Fujimori e Sato¹⁶, com prevalência dos óbitos no sexo masculino (54,1%).

De acordo com Bittencourt e Gaíva¹², a prevalência dos óbitos é na raça parda (74,7%), enquanto no estudo de Santos *et al.*¹⁴ o local de ocorrência de maior prevalência dos óbitos foi nos hospitais (75,8%).

Discussão

Com relação às causas de mortalidade neonatal tardia, prevaleceram as afecções originadas no período neonatal e as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. De um total de 609 óbitos, há prevalência dos óbitos devido às afecções do período neonatal em 2018 e 2017 (73,4% e 71,3%, respectivamente) e das malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas em 2015 (24,8%) e em 2014 e 2016 (22,7%).

Tabela 5 - Perfil da Mortalidade Neonatal Tardia Segundo as Causas Durante os anos de 2014-2018, Paraíba

Variável	Ano											
	2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL	
Causas	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doenças infecciosas e parasitárias	00	00	01	0,8	02	1,8	01	0,8	00	00	04	0,7
Neoplasias	00	00	00	00	01	0,9	00	00	00	00	01	0,2
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	00	00	00	00	00	00	01	0,8	00	00	01	0,2
Doenças do sistema nervoso	01	0,8	01	0,8	00	00	01	0,8	00	00	03	0,5
Sistema circulatório	02	1,6	00	00	00	00	01	0,8	00	00	03	0,5
Aparelho respiratório	04	3,1	04	3,2	01	0,9	01	0,8	03	2,4	13	2,1
Aparelho digestivo	00	00	01	0,8	01	0,9	00	00	00	00	02	0,3
Afecções originadas no período perinatal	91	71,1	83	66,4	77	70	87	71,3	91	73,4	429	70,4

Malformação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas	29	22,7	31	24,8	25	22,7	26	21,3	27	21,8	138	22,7
Achados anormais, exame clínicas e laboratoriais	01	0,8	02	1,6	01	0,9	03	2,5	01	0,8	08	1,3
Causas externas	00	00	02	1,6	02	1,8	00	00	02	1,6	06	01
Outros	00	00	00	00	00	00	01	0,8	00	00	01	0,2
Total	128	100	125	100	110	100	122	100	124	100	609	100

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

As causas de mortes neonatais prevaleceram aos transtornos originados no período neonatal com 29,2%, seguida das infecções específicas do neonato com 22,8%¹. Em relação à mortalidade pós-neonatal, apresenta-se associação com óbitos ocorridos no sexo masculino, de cor parda e o local de ocorrência em hospitais. De um total de 1082 óbitos, há prevalência dos óbitos do sexo masculino em 2018 e 2016 (55,7% e 54%, respectivamente), pardas em 2016 e 2017 (56% e 54,9%, respectivamente) e em hospitais de 2017 e 2016 (87,4% e 86,6%, respectivamente).

Tabela 6 - Perfil da Mortalidade Pós-Neonatal durante os anos de 2014-2018, Paraíba

Variáveis	Ano											
	2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL	
Sexo	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	117	53,7	104	52,5	114	54	105	48,8	122	55,7	562	51,9
Feminino	101	46,3	94	47,5	118	46	110	51,2	97	44,3	520	48,1
Ignorado	00	00	00	00	00	00	00	0	00	00	00	00
Total	218	100	198	100	232	100	215	100	219	100	1082	100
Raça	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Branca	79	36,2	76	38,4	82	35,3	71	33	80	36,5	388	35,9
Preta	01	0,5	00	00	03	1,3	04	1,9	02	0,9	10	0,9
Amarela	00	00	00	00	00	00	00	00	01	0,5	01	0,1
Parda	114	52,3	107	54	130	56	118	54,9	106	48,4	575	53,1
Indígena	01	0,5	00	00	00	00	00	00	00	00	01	0,1
NI	23	10,6	15	7,6	17	7,3	22	10,2	30	13,7	107	9,9
Total	218	100	198	100	232	100	215	100	219	100	1082	100
Local de ocorrência	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hospital	187	85,8	166	83,8	201	86,6	188	87,4	180	82,2	922	85,2
OES	01	0,5	02	01	01	0,4	00	00	05	2,3	09	0,8
Domicílio	24	11	19	9,6	22	9,5	22	10,2	27	12,3	114	10,5
Via pública	03	1,4	02	01	0	0	01	0,5	02	0,9	08	0,7
Outros	03	1,4	08	04	08	3,4	04	1,9	05	2,3	28	2,6
Ignorado	0	0	01	0,5	00	00	00	00	00	00	01	0,1
Total	218	100	198	100	232	100	215	100	219	100	1082	100

NI = não informado; OES = outro estabelecimento de saúde.

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

A prevalência dos óbitos pós-neonatal ocorreu em crianças do sexo masculino (57,6%)⁴. No que diz respeito à raça/cor, segundo o Ministério da Saúde¹⁷, há uma prevalência dos óbitos pós-neonatais na raça indígena (62%), e geralmente correlacionada à causa base pneumonia e diarreia, essa relação pode estar implicada pela dificuldade de acesso à assistência à saúde dessa população. Em relação ao local de ocorrência, na pesquisa de Caldeira, França e Goulart¹⁸, a prevalência dos óbitos foi em hospitais, com uma porcentagem de 56%.

Com relação às causas por mortalidade pós-neonatal, prevaleceram as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, seguidas das afecções originadas no período neonatal. De um total de 1082 óbitos, há prevalência dos óbitos devido às malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas em 2014 (28,9%) e em 2015 (24,7%), e das afecções originadas no período neonatal em 2016 (22,4%) e 2014 (22%).

Tabela 7 - Perfil da Mortalidade Pós-Neonatal Durante os Anos de 2014-2018, Paraíba

Variável	Ano											
	2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL	
Causas	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doenças infecciosas e parasitárias	17	7,8	11	5,6	22	9,5	18	8,4	20	9,1	88	8,1
Neoplasias	01	0,5	02	01	02	0,9	03	1,4	01	0,5	09	0,8
Doenças hematológicas	08	3,7	06	03	03	1,3	03	1,4	04	1,8	24	2,2
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	10	4,6	11	5,6	04	1,7	13	06	09	4,1	47	4,3
Doenças do sistema nervoso	09	4,1	13	6,6	15	6,5	06	2,8	12	5,5	55	5,1
Sistema circulatório	08	3,7	07	3,5	15	6,5	07	3,3	08	3,7	45	4,2
Aparelho respiratório	30	13,8	28	14,1	29	12,5	29	13,5	29	13,2	145	13,4
Aparelho digestivo	07	3,2	07	3,5	04	1,7	12	5,6	09	4,1	39	3,6
Pele e tecido subcutâneo	00	00	00	00	00	00	00	00	02	0,9	02	0,2
Sist. Osteomuscular e tec. conjuntivo	01	0,5	00	00	00	00	01	0,5	00	00	02	0,2
Aparelho geniturinário	03	1,4	00	00	02	0,9	03	1,4	01	0,5	09	0,8
Afecções originadas no período perinatal	48	22	41	20,7	52	22,4	45	20,9	38	17,4	224	20,7
Malformação Congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	63	28,9	49	24,7	56	24,1	50	23,3	52	23,7	270	25

Achados anormais, exame clínicos e laboratoriais	05	2,3	11	5,6	16	6,9	11	5,1	15	6,8	58	5,4
Causas externas	08	3,7	12	6,1	10	4,3	14	6,5	17	7,8	61	5,6
Outros	00	00	00	00	01	0,4	00	00	02	0,9	03	0,3
Total	218	100	198	100	232	100	215	100	219	100	1082	100

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Corroborando com a pesquisa, no que se referem à causa dos óbitos no componente pós-neonatal, prevaleceu àquelas decorrentes das malformações congênitas, 29,9%, seguida de causas externas, com 24,1%⁴.

3. Conclusão

Na Paraíba, durante os anos da pesquisa, nasceram 292.143 RN. Desse número, 3.651 foram a óbitos com o CMI maior nos anos de 2014 e 2017, sendo o CMNP com a maior frequência, 440 óbitos. Apesar desses números, a análise dos dados mostrou queda dos óbitos neonatais nos três componentes: precoce, tardio e pós-neonatal, durante os anos de 2014 a 2019.

A maior parte dos óbitos neonatais ocorreu no período neonatal precoce, crianças do sexo masculino, cor parda, local de ocorrências os hospitais e as causas mais comuns foram às afecções originadas no período neonatal e as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, sendo comum nos três componentes, o precoce, tardio e pós-neonatal.

Os resultados deste estudo evidenciaram que houve redução dos óbitos na Paraíba no decorrer dos anos. Contudo, ainda não se alcançou índices preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), além da inevitabilidade da maioria dos casos. Por isso, ações de saúde devem ser feitas em relação ao desenvolvimento de novas ações e políticas públicas de informação em saúde para o fortalecimento das ações já existentes nos serviços materno-infantil, com medidas de caráter preventivo e uma melhor assistência ao pré-natal.

Referências

1. Menezes ST *et al.* Classificação das Mortes Infantis em Belo Horizonte: utilização da lista atualizada de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 14, n. 2, p. 137-145, 2014.

2. Ribeiro A. O que é mortalidade infantil? Brasil Escola, [s. /], [20--]. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-mortalidade-infantil.htm>. Acesso em: 11 mar. 2020.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília, 2014. 384 p.
4. Santos, EP *et al.* Mortalidade entre menores de um ano: análise dos casos após alta das maternidades. Rev. Esc. Enferm., São Paulo, v. 50, n. 3, p. 390-398, 2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.
6. Lisboa L. *et al.* Mortalidade Infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 24, n. 4, p. 711-720, 2015.
7. Martins CBG *et al.* Perfil de Morbimortalidade de Recém-Nascido de Risco. Cogitare Enferm, Paraná, v. 19, n. 1, p. 109-15, 2014.
8. Lansky S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p. 192-207, 2014. Suplemento 30.
9. Silva ZP; Almeida MF; Alencar GP. Parto Acidental Não-Hospitalar como Indicador de Risco para a Mortalidade Infantil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 14, n. 2, p. 155-163, 2014.
10. Feitosa AC *et al.* Fatores Associados à Mortalidade Infantil na Região Metropolitana do Cariri, Ceará, Brasil. Journal of Human Growth and Development, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 1-6, 2015.
11. Oliveira JL *et al.* Resultados Perinatais e do Primeiro Ano de Vida Segundo Cor da Pele Materna: estudo de coorte. Rev. Esc. Enferm., São Paulo, v. 53, p. 1-7, 2019.
12. Bittencourt RM; Gaiva MPM. Mortalidade Neonatal Precoce Relacionada a Intervenções Clínicas. Revista Brasileira de Enfermagem, Goiás, v. 67, n. 2, p. 195-201, 2014.
13. Gonçalves, AC *et al.* Tendência da mortalidade neonatal na cidade de Salvador (Bahia-Brasil), 1996-2012. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 15, n. 3, p. 337-347, 2015.
14. Santos SPC *et al.* Óbitos Infantis Evitáveis em Belo Horizonte: análise de concordância da causa básica, 2010-2011. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 15, n. 4, p. 389-399, 2015.
15. Barbosa TA. *et al.* Determinantes da Mortalidade Infantil em Municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 907-914, 2014.
16. Gaiva MAM; Fujimori E; Sato APS. Mortalidade Neonatal: análise das causas evitáveis. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 247-253, 2015.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 444 p.
18. Caldeira, AP; França E; Goulart EAM. Mortalidade Infantil Pós-Neonatal Evitável: o que revelam os óbitos em domicílio. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 2, n. 3, p. 263-274, 2002.