

## Perfil dos óbitos neonatais no município de Altamira-PA entre os anos de 2018 a 2021

Profile of newborn deaths in the municipality of Altamira-PA between the years 2018 to 2021

Perfil de las muertes de recién nacidos en el municipio de Altamira-PA entre los años 2018 al 2021

Karoline Costa Silva<sup>1</sup>, Rosiane Luz Cavalcante<sup>1</sup>, Bruna Grazielle Carvalho Jacomel<sup>1</sup>, Helane Conceição Damasceno<sup>1</sup>, Raiane Cristina Mourão do Nascimento<sup>1</sup>, Gabriely Pereira da Costa<sup>1</sup>, Isadora Ferreira Barbosa<sup>1</sup>, Rosilene da Silva Carvalho<sup>2</sup>, Edimara Estumano Farias<sup>3</sup>, Dayane Vilhena Figueiró<sup>3</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar o perfil dos óbitos neonatais no município de Altamira no quadriênio de 2018 a 2021, considerando as variáveis do neonato e as maternas. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, do tipo retrospectivo com base nos dados secundários obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021, disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica do município de Altamira/PA. **Resultados:** O número de óbitos neonatais em Altamira entre os anos de 2018 a 2021 somou-se 84 casos, sendo que, no ano de 2018 foram: 23, 2019: 18 óbitos, 2020: 16 e em 2021 totalizaram 27 ocorrências. Inferiu ainda que as mortalidades que ocorreram, tiveram sua prevalência devido a causa basal de septicemia bacteriana não especificada, sendo a via de parto com maior número o vaginal. Em relação as variáveis maternas, a idade da mãe mais atingida foi entre 20 a 34 anos, cuja maior frequência de raça/cor fora parda. **Conclusão:** Em suma, os óbitos neonatais na cidade durante o período estão em estagnação. Ademais, deve-se reconhecer o perfil dos óbitos, o que possibilita a identificação dos recém-nascidos com suscetibilidade de modo a traçar medidas preventivas e manejo imprescindível para esse público.

**Palavras-chave:** Perfil de saúde, Mortalidade Neonatal Precoce, Recém-Nascido.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the profile of neonatal deaths in the municipality of Altamira in the four-year period from 2018 to 2021, considering the newborn and maternal variables. **Methods:** This is a quantitative, descriptive, retrospective study based on secondary data obtained from the Mortality Information System (SIM) from January 2018 to December 2021, made available by the Epidemiological Surveillance of the municipality of Altamira/PA. **Results:** The number of neonatal deaths in Altamira between 2018 and 2021 totaled 84 cases, and in 2018 there were: 23, 2019: 18 deaths, 2020: 16 and in 2021 there were 27 occurrences. Infection even though mortality has not occurred, the cause of bacterial septicemia specified, being the most frequent route of delivery or vaginal. Regarding maternal variables, the age of the most affected mother was between 20 and 34 years, whose highest frequency of race/color was brown. **Conclusion:** In short, neonatal deaths in the city during the period are in stagnation. Furthermore, the profile of deaths must be recognized, which makes it

<sup>1</sup> Universidade Federal do Pará (UFPA), Altamira - PA.

<sup>2</sup> Instituto Esperança de Ensino Superior (IESPES), Santarém - PA.

<sup>3</sup> Universidade do Estado do Pará (UEPA), Tucuruí - PA.

possible to identify newborns with susceptibility in order to outline preventive measures and essential management for this public.

**Keywords:** Health profile, Early Neonatal Mortality, Newborn.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el perfil de las muertes neonatales en el municipio de Altamira en el cuatrienio 2018 al 2021, considerando las variables neonatal y materna. **Métodos:** Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, basado en datos secundarios obtenidos del Sistema de Información de Mortalidad (SIM) de enero de 2018 a diciembre de 2021, puestos a disposición por la Vigilancia Epidemiológica del municipio de Altamira/PA. **Resultados:** El número de muertes neonatales en Altamira entre 2018 y 2021 sumó 84 casos, y en 2018 hubo: 23, 2019: 18 muertes, 2020: 16 y en 2021 hubo 27 ocurrencias. También infirió que las mortalidades ocurridas tuvieron su prevalencia por causa basal de septicemia bacteriana no especificada, siendo la vía de parto vaginal la más frecuente. En cuanto a las variables maternas, la edad de la madre más afectada fue entre 20 y 34 años, cuya mayor frecuencia de raza/color fue parda. **Conclusión:** En resumen, las muertes neonatales en la ciudad durante el período están estancadas. Además, se debe reconocer el perfil de las defunciones, lo que permite identificar a los recién nacidos con susceptibilidad para delinear medidas preventivas y de manejo imprescindibles para este público.

**Palabras clave:** Perfil de salud, Mortalidad Neonatal Temprana, Recién nacido.

---

## INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil reflete um importante indicador de saúde pública por referir-se a mortes precoces e em sua maior parte, evitáveis. O óbito infantil advém como consequência de vários fatores biológicos, sociais, culturais e de lapsos do sistema de saúde (MAIA LTS, et al., 2020). Os óbitos neonatais são classificados em precoce e tardio, sendo que, a mortalidade neonatal precoce é representada pelos óbitos que acontecem na primeira semana de vida do recém-nascido (de 0 ao 6º dia completo); o segundo refere ao óbito neonatal tardio, que são as mortes que incidem entre o 7º e 27º dia de vida completo (SILVA ACFA, et al., 2019).

O cenário de óbitos infantis possui uma elevada concentração no 1º ano de vida, especialmente no 1º mês. A prematuridade é uma das principais causas de óbitos perinatais, essa condição comprova a seriedade dos fatores relativo à gestação, parto e ao pós-parto em geral, cuja prevenção se dá por meio de assistência à saúde qualificada. Logo, a maior parte das mortes infantis ocorre nas primeiras 24 horas de vida sugerindo uma relação próxima com a atenção ao parto e nascimento (RAMALHO AA, et al., 2018).

No Brasil, a mortalidade neonatal (MN) em 2016 foi de 8 mortes neonatais por 1.000 nascidos vivos, uma queda significativa quando comparado a 1990, quando esse valor era de 26 mortes para cada 1.000 nascidos vivos. Em 2011, o país atingiu a meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), um acordo dos governos integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU) para o decréscimo da mortalidade infantil. A mortalidade neonatal brasileira, apesar dessa redução, ainda continua alta e desigual regionalmente, a diferença entre o Norte/Nordeste e o Sul/Sudeste foi a mais divergente (VELOSO FCS et al., 2019).

A redução epidemiológica da mortalidade infantil no Brasil é resultante do progresso na disposição da assistência e atenção à Estratégia Saúde da Família (ESF), pois se têm uma elevada cobertura do saneamento básico, campanhas de vacinação e, especialmente, evoluções na qualidade da assistência à saúde da criança. A atenção e melhoria no amparo aos clientes desde a concepção e planejamento familiar são aspectos que favorecem a saúde e bem-estar no decorrer do pré-natal e parto, cooperando, assim, para diminuição de óbito neonatal e infantil (COSTA LD e BORGES LM, 2022).

Segundo Pontes, MAG, et al., (2020) o Pará é o 2º maior estado do Brasil em extensão territorial 1.248.000 km², e seu vasto arranjo geográfico contribui para a complicada aproximação entre as regiões mais afastadas do Estado, torna o ingresso à saúde uma dificuldade para o governo da localidade. Em 2017 no Pará, a taxa

de mortalidade neonatal foi de 12,12 por mil nascidos vivos, o estado ocupou o 7º na classificação nacional, atrás apenas dos estados de Amapá, Sergipe, Bahia, Maranhão, Piauí e Amazonas (IBGE, 2022).

Na região do Xingu, com ênfase ao município de Altamira no ano de 2017 era de 14,07 por mil nascidos vivos, do qual 35 óbitos eram menores de 1 ano. No período de 2019, a mortalidade infantil era de 14,34 óbitos por mil nascidos vivos. No ano de 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município era de 0,66, sendo classificado como nível de eficiência do IDH municipal médio (IBGE, 2021; SESP, 2022).

Em adição, após a efetivação da barragem de Belo Monte em 2010, Altamira passou por expressivas transformações. Segundo Lopes VS (2020) nos anos de 2010 e 2015, a cidade dispôs de panorama com inchaço populacional, em que se verificou a ampliação da população de 89.000 à 195.000 habitantes. Todavia, projetos hidrelétricos provocam grandes impactos nas regiões em que são erguidos, sobretudo relacionados à saúde e à educação, os quais alcançam cidades, vilas e distritos e afligem moradias e equipamentos sociais o que propicia a vulnerabilidade social (SOUZA DP, et al., 2018; FRANCO VS, et al., 2018).

Perante esse contexto, notou-se a relevância da temática como um assunto que contempla uma realidade recorrente em diversos municípios vivenciada por muitos trabalhadores da área da saúde, além de proporcionar para a cidade de Altamira-PA o perfil da mortalidade neonatal nos anos analisados e ainda estimulará novos estudos. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi analisar o perfil dos óbitos neonatais no município de Altamira no quadriênio de 2018 a 2021.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, do tipo retrospectivo com base nos dados secundários obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021, disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica do município de Altamira/PA.

Este tipo de estudo caracteriza-se pela precisão e controle estatístico, com a finalidade de fornecer dados para a verificação de hipóteses. Esse artifício quantitativo tem por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas ou amostras de populações. Utilizam várias técnicas, como entrevistas, questionários, formulários, entre outros (MARCONI MA e LAKATOS EM, 2017).

A população investigada foi a de mortalidade neonatal precoce e tardia que ocorreu no município de Altamira/PA entre os anos de 2018 a 2021, informados e registrados no Sistema de Informação de Mortalidade. Foram excluídos da pesquisa os óbitos que ocorreram após o período neonatal precoce e tardio e ainda os natimortos que aconteceram no quadriênio.

Os dados foram analisados por meio da distribuição de frequência absoluta e relativa por meio do programa Microsoft Office Excel® 2016 e posteriormente ocorrerá a análise descritiva dos dados. As variáveis consideradas para a pesquisa foram as: recém-nascido abrangendo idade, sexo, peso, semana gestacional, tipo de parto, causas basais que têm como base a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, mais conhecido como CID-10 e as maternas: idade, escolaridade, ocupação que foi analisada na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e procedência.

A pesquisa se baseará na Resolução Nº 510/2016, que menciona no seu parágrafo único, que não serão catalogadas e nem examinadas pelo CEP/CONEP: pesquisas de opinião pública com usuários não reconhecidos; pesquisas que usam dados de acesso público; pesquisa que usa de documentos de domínio público; pesquisa censitária; pesquisa com banco de dados, cujas documentos são agregados, sem possibilidade de identificação do sujeito, entre outros (BRASIL, 2016).

Logo, por ser uma pesquisa que utilizará dados secundários de uma plataforma de domínio público, em que as informações são agregadas e não possui a identificação dos indivíduos, o que não acarreta em riscos para os mesmos. Conseqüentemente, este estudo não necessitará de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

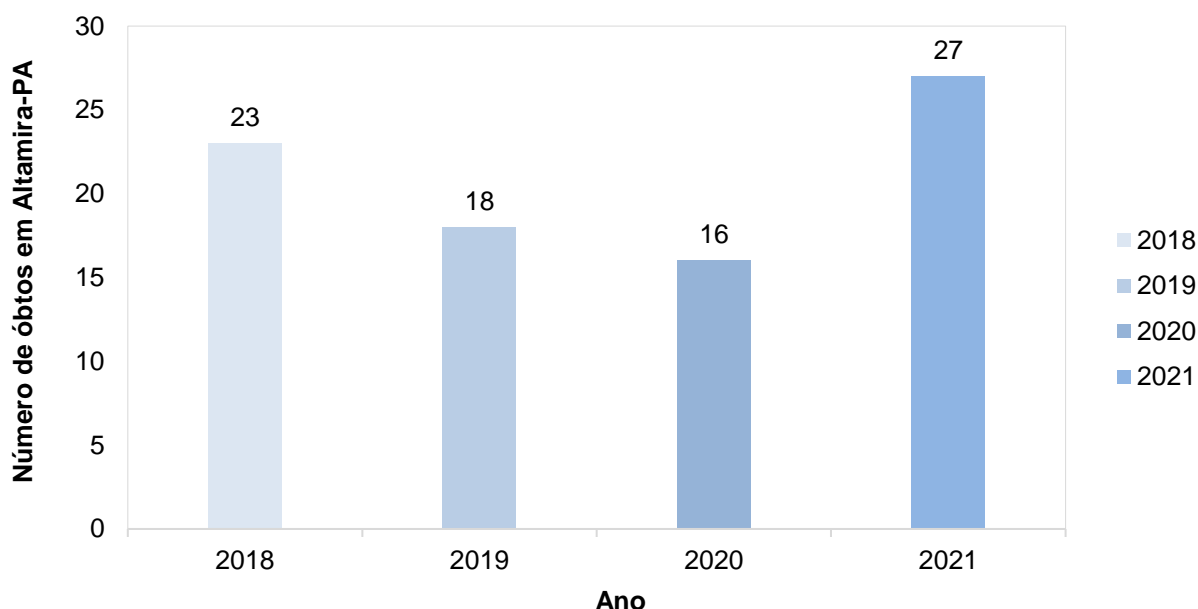
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Perfil do neonato

O número de óbitos neonatais no período de 2018 a 2021 no município de Altamira totalizou 84 casos, conforme gráfico 1, sendo que, no ano de 2018 foram: 23, 2019: 18 óbitos, 2020: 16 e em 2021 totalizaram 27 ocorrências, com isso, se observa que entre o período de 2018 a 2020 aconteceu a redução das mortalidades, porém, no ano de 2021 houve uma elevação. Diante disso, continua o desafio de diminuir a MN, sobretudo no item neonatal precoce, em que se necessita uma conduta específica das disparidades regionais (TEIXEIRA JAM, et al., 2019).

No Brasil, apesar da significativa diminuição do óbito infantil, a mortalidade neonatal apresentou uma redução aquém do almejado. Um número considerável de mortes é a conjuntura social e sanitária de nosso país. Tais óbitos ainda acontecem por motivos evitáveis, sobretudo no que pertence às ações dos estabelecimentos de saúde, destacando-se aquelas atreladas à assistência ao pré-natal, parto e recém-nascido (AZEVEDO GLES, 2020).

**Gráfico 1** - Número de óbitos neonatais entre os anos de 2018 a 2021.



**Fonte:** Silva KC, et al., 2022; Dados extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e Secretaria de Estado da Saúde do Pará.

As causas basais dos óbitos mais prevalentes no município de Altamira em ordem decrescente foram: septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido, atelectasia primária do recém-nascido, asfixia ao nascer não especificada, feto e recém-nascido afetados por transtornos maternos hipertensivos, malformação não especificada do coração, síndrome da angústia respiratória do recém-nascido. Vale mencionar ainda que, os óbitos com um caso foram agrupados em outras causas que somaram 32 casos, conforme distribuídos na tabela (**Tabela 1**).

**Tabela 1** - Causas basais dos óbitos neonatais no município de Altamira-PA nos anos de 2018-2021.

Causa basal	Nº de Óbitos	Porcentagem
Septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido	8	10%
Atelectasia primária do recém-nascido	4	5%
Asfixia ao nascer, não especificada	4	5%
Feto e recém-nascido afetados por transtornos maternos hipertensivos	4	5%
Malformação não especificada do coração	3	4%
Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	3	4%
Hemorragia pulmonar não especificada originada no período perinatal	2	2%
Atresia de esôfago, com fístula traqueoesofágica	2	6%
Outras malformações congênitas das grandes artérias	2	2%
Enterocolite necrotizante do feto e do recém-nascido	2	2%
Outras septicemias bacterianas do recém-nascido	2	2%
Asfixia neonatal de mecônio	2	2%
Desconforto respiratório não especificado do recém-nascido	2	2%
Asfixia grave ao nascer	2	2%
Imaturidade extrema	2	2%
Feto e recém-nascido afetados pelo uso de drogas que causam dependência pela mãe	2	2%
Feto e recém-nascido afetados por outras formas de descolamento da placenta e hemorragia	2	2%
Feto e recém-nascido afetados por afecção materna não especificada	2	2%
Feto e recém-nascido afetados por traumatismo materno	2	2%
Outras causas	32	38%
Total	84	100%

**Fonte:** Silva KC, et al., 2022; Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) - DATASUS.

Os fatores supracitados coincidiram com a pesquisa de Quixabeira MGP (2018), uma vez que, a septicemia bacteriana do RN representou 71, 96%. A autora enfatizou ainda, a magnitude da sepse e a necessidade de intervenções particulares centradas para o bem-estar do recém-nascido e por ser um problema recorrente da prematuridade e do manejo ao prematuro.

De acordo com a pesquisa de Costa LD e Borges LM (2022) a sepse é uma condição exacerbante e favorece à morbimortalidade em neonatos, visto que, aproximadamente 23,4% dos óbitos em neonatos foram resultantes de septicemia. De tal modo, ressalta-se que a sepse neonatal pode modificar e derivar de atributos dos recém-nascidos, tais como peso ao nascer, idade gestacional e pós-natal, além disso, se submete a procedimentos assistenciais, processos de verificação diagnóstica e aos protocolos de vigilância pertinentes a cada serviço de saúde. Em relação as variáveis de tipo de parto, idade gestacional (IG) com classificação ainda da IG pré-termo, peso ao nascer, sexo, horas/dias de vida estão expostos na tabela (**Tabela 2**).

**Tabela 2** - Variáveis dos recém-nascidos dos óbitos neonatais no município de Altamira-PA nos anos de 2018- 2021.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
<b>TIPOS DE PARTO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cesáreo	32	38%
Normal	39	46%
Ignorado	13	16%
Total	84	100%
<b>IDADE GESTACIONAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< de 37 semanas	48	57%
37 a 41 semanas	16	19%
42 semanas	0	0%
Ignorado	20	24%
Total	84	100%
<b>IG PRÉ-TERMO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Pré-termos extremos	27	42%
Pré-termo moderado	13	20%
Pré-termo tardio	8	13%
Total	48	100%
<b>PESO AO NASCER</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Extremo baixo peso	27	32%
Muito baixo peso	12	14%
Baixo peso	16	19%
Peso normal	18	21%
Ignorado	11	13%
Total	84	100%
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	48	57%
Feminino	35	42%
Ignorado	1	1%
Total	84	100%
<b>HORAS/DIAS DE VIDA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 7 dias	67	80%
7 a 27 dias	17	20%
Ignorado	0	0%
Total	84	100%

**Fonte:** Silva KC, et al., 2022; Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) - DATASUS.

Referente ao tipo de parto, o dominante no período é o parto vaginal com 39 (46%) casos, cesáreo: 32 (38%) e ignorados 13 (16%). Análogo ao desenho de Aguiar KVCS, et al. (2021) onde houve o domínio de partos vaginais tendo prevalência em 57,4% dos casos, o parto cesáreo representou 37,9%. No estudo de Muniz DWR, et al. (2018) observou-se o efeito protetor do parto cesariano por mostrar um menor predomínio em comparação ao parto normal. Assim, há a demanda de estruturas apropriadas nas maternidades e de profissionais treinados para uma adequada assistência à gestante para a diminuição dos óbitos neonatais.

O quantitativo de cesarianas tem crescido continuamente a nível mundial. Em vários episódios, a intervenção cirúrgica é realizada indevidamente e não evidencia benefícios expressivos para a saúde das genitoras ou dos bebês. Todavia, quando executada por condições médicas, as cesarianas podem diminuir o óbito e morbidade materna e perinatal (SILVA SIS, et al., 2020).



Ao analisar o número de óbitos por IG nos anos de 2018 a 2021, percebeu-se que a frequência dos casos na IG < de 37 semanas foi de 48 (57%), seguido da idade gestacional de 37 a 41 semanas: 16 (19%) e ignorados representou 24% no período. Idêntico a investigação de Bernardino FBS, et al., (2022), pois evidenciou que o maior número dos óbitos neonatais ocorrerá entre os recém-nascidos pré-termos (63,89%). Os dados demonstraram ainda que, o quantitativo de pré-termo tardio: 8 (13%), pré-termo moderado: 13 (20%) e os valores de pré-termos extremos foi de 27 (42%) casos, o que configurou a hegemonia no período. O que destoa da pesquisa de Lima RG, et al. (2020), pois o prematuro moderado/tardio representou 62,4%, muito prematuro 25,4% e o extremo 22%.

Segundo Sleutjes FCM, et al. (2018) o fator de risco com elevada implicação sobre a possibilidade de mortalidade neonatal foi a prematuridade. Esta é uma problemática mundial, o nascimento pré-termo é o preponderante motivo de óbito não somente infantil, mas na infância, diante, até mesmo, da pneumonia, que até o momento sustava esta posição. O Brasil está entre as 10 nações com uma grande magnitude de nascimentos pré-termos, sendo que o maior quantitativo destes são estimados como reduzíveis por uma apropriada atenção à mulher na gestação.

A pesquisa de Migoto MT, et al. (2018) evidenciou que os casos de nascimento prematuro vêm ampliando e devem estar atrelados à obstáculos no acesso aos serviços de saúde, além da baixa qualidade da assistência oferecida no acompanhamento pré-natal, parto, nascimento e apoio ao recém-nascido. Calcula-se que investimentos no subsídio materno e infantil são capazes de impactar em um decréscimo de aproximadamente 70,0% das mortes neonatais precoces, do mesmo modo que de natimortos.

O estudo de Regô MGS, et al. (2018) demonstrou que quanto menor a idade gestacional, elevado é o risco de óbito, sendo estimados os basais preditivos para a mortalidade perinatal. A prematuridade extrema é a condição de risco predominante, já que há 32 vezes mais chance de óbito em recém-nascidos com 25 semanas do que recém-nascidos com 31 semanas. Além disso, ao analisar os óbitos e o peso ao nascer dos recém-nascidos, notou-se que o número de mortes com extremo baixo peso é de 27 (32%) casos, peso normal foram 18 (21%), baixo peso atingiu 16 (19%) casos, muito baixo peso 12 (14%) e os ignorados contabilizam 11 (13%) ocorrências. É válido destacar que o quantitativo de extremo baixo peso é o mais prevalente representando 35% dos óbitos. Similar ao delineamento de Paixão AB e Martins MMF (2021), pois a distribuição dos casos que se agruparam no extremo baixo peso foi de 38,8%, sendo, um dado muito relevante para o estudo. Os dados convergem ainda com o de Rezende RSM, et al., (2021), onde verificaram que quanto menor o peso do recém-nascido ao nascer, maior a probabilidade de avanços desfavorável por causa de intercorrências pós-natais.

Com relação ao percentil de óbitos por sexo no quadriênio é possível inferir que o sexo preponderar é o sexo masculino ocupando 57% dos casos enquanto que o feminino chegou a 42%. Proporcional ao estudo de Boas LNV, et al. (2020) em que, verificou que 224 mortes foram do sexo masculino e 172 feminino. Dados equivalentes ao de Silva HUP, et al. (2021), onde observou que o sexo da criança é um dos fatores de risco para a mortalidade neonatal, entre eles o masculino em que a ameaça de óbito é maior. No sexo feminino, a maturação pulmonar fetal acontece de modo precoce em comparação ao dos meninos, assim sendo, há uma redução de distúrbios respiratórios, relevantes causas de óbito neonatal.

Ao examinar os óbitos neonatais por hora/dias de vida, se observou que a mortalidade é preponderante abaixo dos 7 dias de vida, ou seja, no período neonatal precoce, ocupando 80% dos casos e os de 7 a 27 dias 20% das ocorrências. Tais dados convergiram com o estudo de Paiva CML, et al. (2020) pois, 80% das mortes aconteceram no período neonatal precoce, o que confirma o fato desse intervalo ser o imprescindível elemento da mortalidade infantil e o de maior fragilidade para o recém-nascido. Em conformidade, a pesquisa de Medeiros VAB, et al. (2019) discorre que em relação aos óbitos neonatais 70% acontecem na primeira semana de vida. Sendo que, as primeiras 24 horas possuem maiores riscos e representam 25% das mortalidades. O elevado quantitativo de óbitos na primeira semana de vida no Brasil, mais aglomerado no primeiro dia, está associado profundamente aos cuidados ofertados às genitoras e recém-nascidos no decorrer do parto, anteparto, intraparto e pós-parto, o que demonstra a seriedade das condições ligadas à gestação, e a assistência prestada aos recém nascidos no decurso do parto e pós-parto.

Para além, Cavalcante ANM, et al. (2018) detectou que muito precisa ser desenvolvido no avanço da qualidade da assistência oferecida pela atenção primária, em virtude de a mortalidade neonatal precoce está relacionada à carência no amparo oferecido às gestantes e na ainda na atenção aos recém-nascidos.

### Perfil materno

No que concernem as variáveis maternas de faixa etária, raça/cor, escolaridade, ocupação, zona estão dispostas na tabela (**Tabela 3**).

**Tabela 3** - Variáveis maternas dos óbitos neonatais no município de Altamira-PA nos anos de 2018- 2021.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 20 anos	18	21%
20 a 34 anos	44	52%
≥ 35 anos	9	11%
Ignorados	13	15%
Total	84	100%
<b>RAÇA/COR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Branca	15	18%
Amarela	1	1%
Parda	42	50%
Indígena	9	11%
Ignorado	17	20%
Total	84	100%
<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nenhuma	4	5%
De 1 a 3 anos	4	5%
De 4 a 7 anos	19	23%
De 8 a 11 anos	22	26%
12 e mais anos	6	7%
Ignorado	29	35%
Total	84	100%
<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Dona de casa	36	43%
Trabalhador volante da agricultura	3	4%
Produtor agrícola polivalente	2	2%
Estudante	2	2%
Outras ocupações*	10	12%
Ignorados	29	35%
Total	84	100%
<b>ZONA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Rural	7	8%
Urbana	62	74%
Ignorado	15	18%
Total	84	100%

**Legenda:** \*Outras ocupações: Avaliador físico; professor de disciplinas pedagógicas no ensino médio; administrador; desenhista projetista de construção civil; representante comercial autônomo; auxiliar de escritório; Assistente administrativo; copeira; cabelereira; vendedor de comércio varejista; aposentada/pensionista; Desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter.

**Fonte:** Silva KC, et al., 2022; Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) - DATASUS.



A tabela elucidada a faixa materna entre 2018 a 2021, é possível constatar que o intervalo mais acometido é o de mulheres nas idades de 20 a 34 anos que totalizaram 44 (52%) casos. Similar ao artigo de Gaíva MAM, et al. (2018), em que a prevalência dos óbitos aconteceu entre mães com 20-34 anos (65,6%), os autores citaram ainda o predomínio na faixa < 20 anos.

Em relação a porcentagem de raça/cor materna, à prevalência da raça/cor parda com 50% dos casos, 18% brancas, 11% indígenas, 1% amarelas e houve ainda 20% não informado. Similar ao desenho de Barbosa CLBSW (2022), em que 75, 02% da raça/cor parda, o autor discorreu que mães de raça parda apresentaram recém-nascidos com reduzidas estimativas de sobrevivência em relação às outras raças.

Quanto à questão racial o estudo de Devincenzi MU e Schraiber LB (2019), corrobora que no Brasil há os maiores quantitativos de óbito infantil e uma péssima atenção ao pré-natal e parto para mulheres pardas e pretas. Soma-se, pois, às situações desfavoráveis do aspecto da classe social das mulheres, a conjuntura étnica e racial, expandindo suas fragilidades individuais.

Acerca da escolaridade materna, a prevalência ficou de 8 a 11 anos com 26% dos casos. Circunstância similar ocorreu no estudo de Silva SIS, et al. (2020), onde as mães que estudaram de 8 a 11 anos representaram 61,15%, sendo a escolaridade mais frequente e este nível escolar equivale, respectivamente, ao ensino médio e nível superior. Recentes investigações inferem ao perfil a relação de fatores pertinentes à escolaridade materna e condições de gestações tardias, às disparidades socioeconômica e na acessibilidade aos recursos tecnológicos em saúde (MELANDA VS, et al., 2021).

A escolaridade materna é ponderada por vários autores como um indicador da situação socioeconômica da família e retrata a disparidade social pertinente às mortalidades. A escolaridade tem interferência sobre o comportamento materno, a contar da gravidez até a criação dos filhos, estando ligada a um apropriado suporte as crianças e a melhores ações de higiene e distintos cuidados, com decréscimo da mortalidade (CAVALCANTE ANM, et al., 2018).

No que concerne a ocupação materna nos referidos anos, a atividade dona de casa é a mais prevalente com 43% do quantitativo, 4% trabalhador volante da agricultura, 2% produtor agrícola polivalente, 17% para outras profissões, somando ainda 35% as ocupações ignoradas.

Semelhante com o delineamento de Souza BFN, et al., (2021), no qual, expôs que 64,8% das mães não trabalham fora de casa. O autor complementa ainda que variáveis como ocupação e escolaridade estão associadas com as situações de vulnerabilidade social em que a genitora e o neonato estão submetidos.

A variável referente a procedência materna elucidada que o maior quantitativo de mães fora da zona urbana com 62 (74%) casos e a rural 7 (8%). Vale mencionar que os ignorados representaram 15 (18%) do total. Dados semelhantes com o trabalho de Filha FSSC, et al. (2019), onde o percentil da área urbana foi de 63% e o rural atingiu 14% dos casos.

## CONCLUSÃO

Esse estudo possibilitou realizar o levantamento dos dados referente ao perfil dos óbitos neonatais no município de Altamira entre os anos de 2018 a 2021, assim como delineamento das variáveis maternas. Em suma, os óbitos neonatais na cidade durante o período estão em estagnação e inferiu ainda que as mortalidades que ocorreram, tiveram sua prevalência devido a causa basal de septicemia bacteriana não especificada fato que pode ser evidenciado para ser prevenido, sendo a via de parto com maior número o vaginal, em relação a idade gestacional pré-termo extremo é a mais acometida, sexo masculino, extremo baixo peso com predomínio dos óbitos < 7 dias de vida. Em relação as variáveis maternas, a idade da mãe mais atingida foi entre 20 a 34 anos, cuja maior frequência de raça/cor fora parda, dona de casa, com escolaridade de 8 a 11 anos, com procedência da zona rural. Ademais, deve-se reconhecer o perfil dos óbitos o que possibilita a identificação dos recém-nascidos com suscetibilidade, de modo a traçar medidas preventivas e manejo imprescindível para esse público.

## REFERÊNCIAS

1. AGUIAR KVCS, et al. Aspectos epidemiológicos dos óbitos por sepse neonatal no Estado da Bahia. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(6): e7630.
2. AZEVEDO GLES. Análise da tendência da mortalidade neonatal segundo cor da pele no município de Niterói – RJ, 2001 a 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020; 46 p.
3. BARBOSA CLBSW. Sobrevida e trajetória geográfica no anteparto de prematuros com desfecho de óbito neonatal no Estado de Pernambuco. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.
4. BERNARDINO FBS, et al. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27: 567-578.
5. BOAS LNV, et al. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e recém-nascidos no estado de Rondônia. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(8): e8356.
6. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília, 2016.
7. CAVALCANTE ANM, et al. Epidemiologia da Mortalidade neonatal no Ceará no período de 2005-2015. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2018; 31(4).
8. COSTA LD e BORGES LM. Características epidemiológicas da mortalidade neonatal e infantil em uma regional de saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 2022; 26(1): 57-64.
9. DEVINCENZI UM e SCHRAIBER, LB. Óbitos neonatais em região de alta vulnerabilidade do Município de Santos, São Paulo, Brasil: examinando questões assistenciais na perspectiva das mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*, 2019; 35(9).
10. FILHA FSSC, et al. Óbitos fetais e neonatais: análise do perfil sociodemográfico e clínico obstétrico de genitoras. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 2019; 9(28).
11. FRANCO VS, et al. Cheias e vulnerabilidade social: estudo sobre o rio Xingu em Altamira/PA. *Ambiente & Sociedade*, 2018; 21.
12. GAÍVA MAM, et al. Óbitos neonatais de recém-nascidos de baixo peso ao nascer. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2018; 20.
13. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades e estados. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/altamira.html>. Acessado em: 10 de maio de 2022.
14. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acessado em: 15 de maio de 2022.
15. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/altamira/pesquisa/39/30279>. Acessado em: 15 de maio de 2022.
16. LIMA RG, et al. Determinantes do óbito em desenvolvimentos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatais no interior do Nordeste. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2020; 20(2).
17. LOPES VS. Centro de integração social em Altamira-PA. *Arquitetura-Florianópolis*, 2020; 94.
18. MAIA LTS, et al. Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. *Cadernos de saúde pública*, 2020; 36: e00057519.
19. MARCONI MA e LAKATOS EM. Fundamentos de Metodologia Científica. 8ª Edição. São Paulo: Atlas, 2017; 256 p.
20. MEDEIROS VAB, et al. Perfil da mortalidade neonatal em Alagoas no período de 2008 a 2017. *Revista Ciência Plural*, 2019; 5(2): 16-31.
21. MELANDA VS, et al. A gestão de caso e a avaliação da vulnerabilidade materna como estratégia de enfrentamento ao óbito infantil no Brasil: o caso do Paraná. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 2021; 65-73.
22. MIGOTO MT, et al. Early neonatal mortality and risk factors: a case-control study in Paraná State. *Rev Bras Enferm.*, 2018; 71(5).
23. MUNIZ DWR, et al. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS NEONATAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. *Rev. Enferm. UFPE on-line*. Recife, 2018; 12(9).
24. PAIVA CML, et al. Perfil da mortalidade neonatal no município de Santarém–Pará. *Brazilian Journal of Health Review*, 2020; 3(1).
25. PAIXÃO AB e MARTINS MMF. Perfil de óbitos neonatais em uma região do estado da Bahia. *Revista Saúde.com*, 2021; 17(2).
26. PONTES MAG, et al. Mortalidade neonatal precoce no Estado do Pará, Região Amazônica do Brasil. *Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, 2020; 12(2).

27. QUIXABEIRA MGP. Indicadores epidemiológicos do estado de saúde materno-infantil no Brasil no período de 2007 – 2016. Monografia - Universidade Federal do Mato Grosso, Campus Universitário do Araguaia, Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde, Barra do Garças, 2019.
28. RAMALHO AA, et al. Tendência da mortalidade infantil no município de Rio Branco, AC, 1999 a 2015. *Revista Saúde Pública*, 2018; 52.
29. RÊGO MGS, et al. Óbitos perinatais evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*, 2018; 39.
30. REZENDE RSM, et al. Tendência temporal da mortalidade neonatal no Estado do Pará entre 2010 e 2019. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 2021; 10(13).
31. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARÁ (SESPA). PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2020 – 2023. Secretaria de Estado da Saúde do Pará. Núcleo de Informações em Saúde e Planejamento – NISPLAN. Pará, 2022. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/transparencia-publica/planejamento-em-saude-nisplan/>. Acessado em: 19 de maio de 2022.
32. SILVA ACFA, et al. Índice de morte neonatal precoce: Uma análise do perfil materno. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; 26: e690.
33. SILVA HUP, et al. Fatores de risco e pontos conexos associados à mortalidade neonatal no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 2021; 3(3).
34. SILVA SIS, et al. Mortalidade infantil: perfil epidemiológico da região do médio Vale do Itajaí. *Revista Científica de Enfermagem-RECIEN*, 2020; 10(31).
35. SLEUTJES FCM, et al. Fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, 2018; 23(8).
36. SOUZA BFN, et al. Determinantes da mortalidade neonatal no município da Mata Pernambucana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2021; 55: e03726.
37. SOUZA DP, et al. Desenvolvimento urbano e saúde pública: impactos da construção da UHE de Belo Monte. *Desenvolvimento e Meio Ambiente*, 2018; 46.
38. TEIXEIRA JAM, et al. Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito e evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileira, entre 2010 e 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2019; 28(1).
39. VELOSO FCS, et al. Análise dos fatores de risco de mortalidade neonatal no Brasil: revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais. *Jornal de Pediatria*, 2019; 95(5).