

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE ENFERMAGEM

Kauana F. Alnoch

**PERFIL DE MORTALIDADE INFANTIL DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL E PEDIÁTRICA**

Santa Cruz do Sul
2018

Kauana F. Alnoch

**PERFIL DE MORTALIDADE INFANTIL DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL E PEDIÁTRICA**

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, como requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Curso II.

Orientadora: Prof^a. Ms. Ingre Paz

Santa Cruz do Sul

2018

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2018

**PERFIL DE MORTALIDADE INFANTIL DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL E PEDIÁTRICA.**

KAUANA FRANCINE ALNOCH

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Ingre Paz
Prof. Ms. Enf^a. Orientadora

Analídia Rodolpho Petry
Prof. Ms. Enf^a. Curso de Enfermagem

Anelise Miritz Borges
Prof. Dr^a Enf^a. Curso de Enfermagem

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características maternas da amostra.....	5
Tabela 2 - Perfil das crianças internadas.....	6
Tabela 3 - Causas de mortalidade das crianças estudadas.....	6

LISTA DE ABREVIACOES

MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organizao Mundial da Saúde
RN	Recém-nascido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
IG	Idade Gestacional
BPN	Baixo peso ao nascer
SIM	Sistema de Informaoes sobre Mortalidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 MÉTODO	8
3 RESULTADOS	9
4 DISCUSSÃO	11
5 CONCLUSÃO	15
REFERENCIAS	18
ANEXO A – Projeto de Monografia	19
ANEXO B – Parecer substanciado do CEP	60
ANEXO C – Normas para publicação em Revista Científica	64

PERFIL DE MORTALIDADE INFANTIL DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA

Kauana Francine Alnoch¹

Ingre Paz²

Resumo

Objetivo: Analisar as características dos óbitos de crianças menores de um ano internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Escola no Interior do Rio Grande do Sul no período de 2013 a 2017. **Método:** Segue os princípios da pesquisa transversal descritiva de análise documental com abordagem quantitativa. A coleta dos dados foi realizada através da análise das fichas de investigação de óbitos infantis em menores de um ano disponíveis no sistema de registro. Os dados foram tabulados e a análise estatística foi realizada com o uso do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v. 20.0)*. **Resultados:** Dados maternos: 49 (66,2%) entre 21 e 35 anos, 67 (90,5%) brancas, 31 (41,9%) ensino médio completo, 33 (44,6%) realizaram seis consultas ou mais de pré-natal e 47 (63,5%) iniciaram antes das treze semanas, 35 (47,3%) realizaram na Atenção Básica, 43 (58,1%) realizaram cesariana, 43 (58,1%) primíparas, 42 (56,8%) de Santa Cruz do Sul. Dados infantis: 38 (51,4%) do sexo feminino, 68 (91,9%) brancas, 32 (43,3%) prematuros extremos, 34 (45,9%) entre 0 – 999g. 43 (58,2%) < 7 no apgar do primeiro minuto e 31 (41,9%) > 7. 47 (63,5%) foram a óbito no período neonatal precoce. 57 (77%) classificadas nas afecções originadas no período perinatal. 50 (67,5%) óbitos considerados evitáveis. **Conclusão:** Permanece a necessidade de ações no pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido, buscando reduzir óbitos evitáveis. A prematuridade, baixo peso, tipo de parto, Apgar no 1º minuto e presença de afecções foram as principais condições de risco para o óbito.

Descritores: Mortalidade Infantil. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Gravidez de Alto Risco. Recém Nascido Prematuro. Fatores de Risco. Cuidado Pré-Natal.

¹ Acadêmica de Enfermagem. Departamento de Enfermagem e Odontologia. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul - RS, Brasil. Contato: (51) 998149813. E-mail: kaualnoch@gmail.com

¹ Mestre em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem e Odontologia. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul - RS, Brasil. Contato: (51) 981485225. E-mail: ingrepaz@unisc.br

Introdução

A Mortalidade Infantil (MI) é um problema grave de saúde mundial, e equivale a morte de crianças até um ano de idade e serve como um importante indicador de saúde e marcador do desenvolvimento humano, que afeta a população em geral e as unidades de saúde ⁽¹⁾.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (2015) as taxas de mortalidade são subdivididas de acordo com a idade da criança, sendo: taxas de mortalidade fetal, perinatal, neonatal precoce, neonatal tardia, pós-neonatal e taxas de MI ⁽²⁾.

Apesar de evidenciado que no Brasil a MI vem diminuindo ao longo dos anos, as taxas ainda apresentam-se elevadas, não acompanhando o real desenvolvimento do país. Percebe-se que a prevalência dos óbitos infantis ainda é elevada para o aceitável em todo país, que é 10/1000 nascidos vivos, conforme estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ⁽³⁾.

Estima-se que aproximadamente 70% dos óbitos infantis que ocorrem são por causas evitáveis, como a inadequada assistência prestada à mulher durante a gestação, no parto e ao recém-nascido (RN). A MI também está associada às condições de risco como condições socioculturais, fatores comportamentais e alguns fatores biológicos do RN. Conhecer os fatores de risco é importante para o direcionamento de cuidados a fim de evitar o óbito neonatal ⁽⁴⁾.

Para verificar a evitabilidade dos óbitos, foi criada a classificação de Wigglesworth no ano de 1980, por Wigglesworth e colaboradores. Essa classificação é a mais utilizada no mundo inteiro para analisar as taxas de mortalidade perinatal. Wigglesworth sofreu algumas modificações e foi adaptada, sendo chamada de Wigglesworth Expandida. As principais causas de óbito perinatal são divididas em nove grupos, sendo: Grupo 1: Malformação congênita (grave/potencialmente letal); Grupo 2: Morte fetal anteparto; Grupo 3: Morte intraparto ('asfixia', 'anóxia', sofrimento fetal agudo ou 'trauma'); Grupo 4: Imaturidade/ prematuridade; Grupo 5: Infecção; Grupo 6: Outras causas específicas de morte; Grupo 7: Causa externa; Grupo 8: Morte súbita, causa desconhecida; Grupo 9: Não classificada ⁽²²⁾.

Os profissionais da equipe de enfermagem são os mais envolvidos no contato com os pacientes, é possível que a enfermagem seja responsável pela maioria das informações contidas nos prontuários, cabe ao enfermeiro identificar a importância de levantar dados e registros nas fichas de investigação corretamente, pois são informações úteis para planejamento de ações que contribuem para a redução da MI. O enfermeiro também é um dos profissionais que mais acompanha a gestante no período do pré-natal, sendo o profissional que pode identificar uma gravidez de risco, possíveis complicações e/ou mudanças que acarretarão alterações futuramente no RN ⁽⁵⁾.

Sabe-se que grande parte dos óbitos infantis ocorrem na UTI Neonatal e Pediátrica. Deste modo, reconhecer as principais características das mortes infantis de um local é relevante tanto para o serviço, quanto para a população e para realização de medidas de prevenção das causas evitáveis, além de melhorar a assistência prestada pela equipe para os pacientes, atentando para suas particularidades.

Diante do exposto, essa pesquisa tem como questão norteadora: qual o Perfil de Mortalidade de crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e Pediátrica de um Hospital Escola no Interior do Rio Grande do Sul nos últimos 5 anos?

Sendo assim, a pesquisa tem como objetivo principal: Analisar as características dos óbitos de crianças menores de um ano internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Escola no Interior do Rio Grande do Sul no período de 2013 a 2017. E como Objetivos específicos: Identificar as características maternas dos óbitos; Identificar as características neonatais e pediátricas dos óbitos; Classificar as principais causas dos óbitos e as principais intercorrências clínicas; Desmembrar os óbitos ocorridos em evitáveis e não evitáveis de acordo com a causa principal; Descrever fatores associados a MI investigados na literatura científica nacional e internacional.

Método

Este estudo baseou-se nos princípios da pesquisa transversal descritiva de análise documental com abordagem quantitativa. A coleta dos dados foi realizada de setembro a outubro de 2018 em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica de um Hospital de Ensino situado no Vale do Rio Pardo, no centro do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, pelos registros disponíveis no cenário da pesquisa, através da análise das fichas de investigação de óbitos infantis em menores de um ano disponíveis no sistema de registro.

Utilizou-se como critério de inclusão os registros das crianças que foram a óbito na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital antes de completar um ano de idade, no período de 2013 à 2017, independente da causa ou circunstância. Sendo assim, a população total da pesquisa foi constituída por 74 fichas e registros.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa tiveram aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) sob o parecer de número 2.809.267 e CAAE número 93276318.4.0000.5343.

Foram avaliados as características maternas, como: faixa etária, cor/raça, escolaridade, acompanhamento Pré-Natal, início do Pré-Natal, local de realização do Pré-Natal, tipo de parto, tipo de gravidez, paridade e cidade de moradia. As características infantis, como: sexo da criança, cor/raça, idade gestacional (IG), peso ao nascer, apgar no primeiro minuto, apgar no quinto minuto e período do óbito. E também as causas da mortalidade através do CID 10 e classificação de Wigglesworth

expandida, além de posteriormente classificar os óbitos de acordo com sua evitabilidade, através da classificação de Wigglesworth expandida.

Os dados foram tabulados e a análise estatística foi realizada com o uso do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v. 20.0)*.

Resultados

Conforme as características maternas estudadas, como mostra a Tabela 1, dentre as mães analisadas, 49 (66,2%) apresentaram idade entre 21 e 35 anos, 19 (25,7%) tinham idade menor de 20 anos e apenas seis (8,1%) tinham idade superior a 35 anos.

Considerando a cor/raça das mães das crianças que foram a óbito, a que mais prevaleceu foi a cor branca com 67 (90,5%) mulheres, seguido de apenas sete (9,5%) na cor preta.

Quanto a escolaridade, 31 (41,9%) das mães possuíam ensino médio completo, seguido de 21 (28,4%) não identificado no sistema, 10 (13,5%) com ensino fundamental completo, seis (8,1%) com ensino fundamental incompleto, cinco (6,8%) com ensino médio incompleto e apenas uma (1,3%) com ensino superior completo.

Em relação ao acompanhamento do Pré-Natal, 33 (44,6%) mães realizaram seis consultas ou mais, 22 (29,7%) realizaram menos de seis consultas, 13 (17,6%) não foram identificados no sistema e seis (8,1%) delas não realizaram nenhuma consulta de Pré-Natal. Quanto ao seu início, 47 (63,5%) realizaram a primeira consulta antes das treze semanas de gestação, 13 (17,6%) não foi mencionado esse dado nos prontuários e seis (8,1) não realizaram o Pré-Natal. O local de realização do Pré-Natal mais utilizado pelas mães estudadas foi a Atenção Básica com 35 (47,3%) mulheres, seguido de 13 (17,6%) que não constam no sistema, 11 (14,8%) que realizaram o Pré-Natal em Atenção Especializada, nove (12,2%) que frequentaram as consultas de forma Particular ou através de Convênios e seis (8,1%) que não realizaram o Pré-Natal.

Considerando o tipo de parto, 43 (58,1%) mães realizaram parto cesárea e 31 (41,9%) foi de parto normal, sendo que 61 (82,4%) delas era gravidez única e 13 (17,6%) foi gravidez múltipla. Neste mesmo contexto, verificou-se que 43 (58,1%) era primípara e 31 (41,9%) era multípara.

Analisando a cidade de moradia das mães das crianças, 42 (56,8%) delas eram residentes de Santa Cruz do Sul e 32 (43,2) eram residentes de outros municípios.

Tabela 1 – Características maternas da amostra. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. (2013 a 2017). 2018. (N = 74)

Variável		n (%)
Faixa etária	Entre 21 e 35	49 (66,2)
Cor/Raça	Branca	67 (90,5)
Escolaridade	Ensino Médio completo	31 (41,9)
Acompanhamento do Pré-Natal	6 consultas ou mais	33 (44,6)
Início do Pré-Natal	Antes de 13 semanas	47 (63,5)
Localização do Pré-Natal	Atenção Básica	35 (47,3)
Tipo de Parto	Cesárea	43 (58,1)
Tipo de Gravidez	Única	61 (82,4)
Paridade	Primípara	43 (58,1)
Cidade de moradia	Santa Cruz do Sul	42 (56,8)
TOTAL		100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre as crianças do estudo, como demonstra a tabela 2, 38 (51,4%) eram do sexo feminino e 36 (48,6%) do sexo masculino. Considerando a raça/cor das crianças até um ano de idade, 68 (91,9%) eram brancas, seguido de quatro (5,4%) de cor preta e dois (2,7%) da cor parda.

Quanto a IG ao nascer, 32 (43,3%) eram prematuros extremos (menores de 28 semanas), 22 (29,7%) eram a termo (maior de 36 semanas), 10 (13,5%) eram prematuros moderados (de 32 a 36 semanas) e 10 (13,5%) eram prematuros acentuados (28 a 31 semanas).

Em relação ao peso ao nascer, 34 (45,9%) crianças nasceram entre 0 – 999g, seguidas de 18 (24,3%) que nasceram com o peso entre 2500 – 3999kg, 13 (17,6%) com peso entre 1500 – 2499, sete (9,5%) entre 1kg – 1499kg e apenas duas (2,7%) com 4kg ou mais.

Analisando dados do Apgar no primeiro minuto, 43 (58,2%) das crianças obtiveram a nota de apgar menor do que sete, 16 (21,5%) receberam nota maior do que sete, 10 (13,5%) tiveram nota igual a sete e cinco (6,8%) não foram identificados no sistema. No quinto minuto de vida, 31 (41,9%) apresentaram Apgar acima de sete, 26 (35,1%) obtiveram menor de sete, 12 (16,2%) apresentaram Apgar igual a sete e cinco (6,8%) não foram identificados no sistema.

O período do óbito que mais prevaleceu foi o Neonatal precoce (0 – 6 dias), com 47 (63,5%) crianças, seguido por 19 (25,7%) que ocorreram no período pós neonatal (28 – 1 ano) e oito (10,8%) ocorreram no período neonatal tardio (7 – 27 dias).

Tabela 2 – Perfil das crianças internadas. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil – (2013 a 2017). 2018. (N = 74)

Variável		n (%)
Sexo da criança	Feminino	38 (51,4)
Raça/cor	Branca	68 (91,9)
Idade Gestacional	Prematuridade extrema < 28 semanas	32 (43,3)
Peso ao nascer	0 – 999g	34 (45,9)
Apgar no primeiro minuto	Menor de 7	43 (58,2)
Apgar no quinto minuto	Acima de 7	31 (41,9)
Período do óbito	Neonatal precoce (0 – 6 dias)	47 (63,5)
TOTAL		100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação as principais causas da mortalidade conforme o capítulo CID 10, conforme demonstrado na Tabela 3, 57 (77%) foram classificadas nas afecções originadas no período perinatal, 10 (13,5%) foram classificados em malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, quatro (5,4%) em outras causas e apenas 3 (4,1%) em doenças do aparelho respiratório. No que se refere a classificação de Wigglesworth Expandida, 42 (56,8%) crianças foram classificadas no Grupo 4, 10 (13,5%) no Grupo 1, 10 (13,5%) no Grupo 5, nove (12,2%) foram classificadas no Grupo 6, duas (2,7%) no Grupo 3 e apenas uma (1,3%) no Grupo 8. Sendo que 50 (67,6%) dos óbitos foram considerados evitáveis e 24 (32,4%) foram considerados não evitáveis.

Tabela 3 – Causas de mortalidade das crianças estudadas. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil – (2013 a 2017). 2018. (N=74)

Variável		n (%)
CID 10	Afecções originadas no período perinatal	57 (77)
Classificação de Wigglesworth expandida	Grupo 4	42 (56,8)
Óbitos evitáveis		50 (67,6)
Óbitos inevitáveis		21 (32,4)
TOTAL		100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Discussão

As taxas de MI são capazes de identificar as desigualdades populacionais e avaliar os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico. Com o resultado dessas variáveis, é possível que sejam planejadas ações de gestão e políticas públicas voltadas para a área materno infantil, abrangendo a atenção ao pré-natal, parto e saúde infantil ⁽⁶⁾.

Algumas estratégias podem ser utilizadas para reduzir a mortalidade neonatal infantil, as quais podem ser divididas em dois grupos, as socioeconômicas e as ações de saúde e de assistência ⁽⁷⁾.

Existem diversos fatores de risco para a ocorrência da MI, como já mencionado anteriormente. Das características maternas analisadas, apenas o tipo de parto se associou ao óbito infantil na UTI neonatal do hospital analisado.

A idade materna é considerada um dos fatores de risco para a MI, especialmente quando são menores de 15 anos, ou acima de 35 anos, estando relacionada a diversos fatores predisponentes, capazes de levar a criança ao óbito ou à situações de risco. Essas faixas etárias necessitam de um olhar especial e mais aprofundado quando realizado o pré-natal ⁽⁸⁾.

Apesar da pesquisa não apresentar relação significativa da idade materna com o óbito das crianças, outros estudos analisados evidenciam associação com a gravidez na adolescência, sendo que o risco de morte em crianças com mães adolescentes se torna três vezes maior quando comparadas aquelas que estão na idade indicada de engravidar ^{(8) (9)}.

A cor/raça pode indicar desigualdades em relação ao atendimento realizado no pré-natal e o seu acesso, sendo identificado um maior risco de MI entre pessoas negras e indígenas ⁽²⁾. Essa variável é complexa de ser analisada, visto que o acesso das estatísticas vitais são fatores que limitam estudos sobre mortalidade no país ⁽¹⁰⁾. No estudo, a preponderância da cor branca foi evidenciada de forma expressiva, o que não resulta em associação com a morte neonatal. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada em São Paulo sobre causas de óbitos segundo características de raça, identificou-se que a raça/cor em si não é considerado um fator de risco, mas a inserção social de um grupo racial é que se define em característica de vulnerabilidade. Nesse mesmo estudo foi demonstrado que 77,7% dos óbitos estudados eram de raça branca ⁽¹¹⁾.

O baixo grau de escolaridade materna interfere de forma considerável na qualidade à assistência pré-natal, quanto ao entendimento das orientações e conscientização. Para autores, a mortalidade infantil aumenta à medida que o grau de escolaridade diminui ⁽¹⁰⁾. Observou-se no estudo que 41,9% das mães possuíam ensino médio completo, e do total da análise, houve grande ausência do preenchimento desse dado no período da internação, identificando assim falhas no sistema. Em um estudo realizado sobre Mortalidade Infantil no ano de 2012 observou-se também o elevado volume de registros sem preenchimento, o que acarreta em informação incompleta e impossibilita um panorama da realidade local ⁽¹²⁾.

Em estudo realizado em 2017 evidenciou que a escolaridade da mãe e a MI não demonstrou associação ⁽¹³⁾. Em contrapartida, outra pesquisa destacou os fatores de risco para mortalidade neonatal de mães residentes de Curitiba e Região Metropolitana, trazendo em seus dados destaque para escolaridade da mãe, onde o risco para a morte neonatal, era aproximadamente 5 vezes maior naquelas com baixa escolaridade, quando comparado com as de grau mais elevado ⁽⁷⁾.

O MS preconiza que seja realizada no mínimo seis consultas de Pré-natal durante a gestação, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação ⁽⁸⁾.

Muitos aspectos são importantes na realização do Pré-natal, como o início precoce das consultas, realização de exames prescritos, a detecção precoce e tratamento de doenças maternas e a oferta de informações válidas e científicas para o bom andamento da gestação ⁽⁸⁾.

Realizar o pré-natal precocemente possibilita a constatação de diagnósticos e tratamentos adequados a patologias capazes de gerar prejuízos na saúde da mãe e do seu filho, como, anemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus e infecções. Além de proporcionar uma melhor estimativa da IG e acompanhamento do desenvolvimento do bebê ⁽¹⁴⁾.

Verifica-se que o expressivo número das mulheres que realizaram as consultas preconizadas de pré-natal e iniciaram no tempo ideal, pode estar associado com a ausência de um pré-natal de excelente qualidade ou a óbitos de causas inevitáveis. Esse fato entra em concordância com um estudo realizado sobre MI, que demonstra que 51,5% das mães realizaram 7 ou mais consultas ⁽¹³⁾.

Apesar do aumento das mães que realizam o pré-natal e as consultas preconizadas, os óbitos evitáveis continuam ocorrendo. Esse fato demonstra que a qualidade do atendimento prestado a gestante e ao RN, bem como o uso das novas tecnologias, precisa ser verificado ⁽¹⁵⁾.

O predomínio de parto cesariana na presente pesquisa foi de 58,1%, resultado alarmante visto que, segundo a OMS este índice não deve ultrapassar 15%. No Brasil, existe uma alta prevalência de cesariana, sendo considerado um dos países campeão mundial neste tipo de parto ⁽²⁾.

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM no DATASUS, a prevalência de parto cesárea no Rio Grande do Sul relacionado com os óbitos infantis de 2013 à 2016 demonstra concordância com os resultados desta pesquisa, sendo em 2013 o total de 58,6% de parto cesárea, em 2014 60,5%, no ano de 2015 totalizaram 57,6% de parto cesariana e em 2016 59,9% ⁽¹⁶⁾.

Resultados semelhantes foram encontrados em Minas Gerais, o predomínio de parto cesárea foi de 55,17%. Esse tipo de parto pode proporcionar risco ao RN, por ser um procedimento cirúrgico e ter relação com o óbito e outros fatores de risco, como a prematuridade, o baixo peso ao nascer (BPN) e complicações durante a gestação ⁽⁴⁾.

Resultados ainda mais expressivos foram encontrados em 920 puérperas, o qual identificou que no setor privado a prevalência de parto cesáreo ainda é mais elevado, atingindo o índice de 93,8%, visto que, essa ocorrência pode estar relacionada com os anseios da gestante, bem como a realização de cesárea prévia ⁽¹⁷⁾.

Quando a gestação é múltipla, acredita-se que as chances dos RN nascerem prematuros ou com risco de complicações no período perinatal ou pós parto é maior ⁽¹⁸⁾.

A grande porcentagem de número de óbitos nas gestações únicas pode ser explicado devido ao maior número de nascidos vivos dessa tipo de gestação, comparado com as gestações múltiplas. A taxa de mortalidade em gestações múltiplas a cada mil nascidos vivos supera de forma significativa a marca dos óbitos de gestações únicas ⁽⁷⁾.

Apesar do fato mencionado, outra pesquisa demonstra que em gestações múltiplas, as chances de mortalidade neonatal são 2,17 vezes maiores quando comparadas com as gestações únicas ⁽⁹⁾.

No que concerne ao tipo de gravidez, apesar da multiparidade ser considerada um dos fatores determinantes para a morbimortalidade infantil, foi evidenciado nesta pesquisa que a maioria das mulheres eram primíparas. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa de Minas Gerais, onde demonstrou que 55,17% dos óbitos ocorreram na primeira gestação ⁽⁴⁾.

No que tange às características das crianças, o gênero prevalente foi o sexo feminino, mas sem diferença estatisticamente significativa para o sexo masculino ⁽¹⁹⁾.

A raça/cor das crianças entra em consonância com a materna, com percentual similar. Quando analisado a cidade de Santa Cruz do Sul, conforme o SIM no DATASUS, verifica-se que no período de 2013 à 2016 a cor branca prevalece com 86,1% dos óbitos ocorridos no município ⁽¹⁶⁾.

A prematuridade é a principal causa de morte neonatal em todo o Brasil e tem relação direta com o BPN. A prematuridade extrema, quando relacionadas com extremo BPN apresentam risco de 200 a 300 vezes maior de morte neonatal ⁽³⁾.

Pode-se entender que quando ocorre óbito no período precoce de nascimento de uma criança, a assistência ofertada as gestantes pode ter sido falha, bem como a atenção aos RNs pode ter apresentado deficiência ⁽³⁾.

A prematuridade e o BPN, portanto, são os fatores mais importantes na determinação da mortalidade neonatal. Crianças nascidas com IG inferior a 37 semanas e peso inferior a 2500 gramas, apresentam um risco considerável de ir a óbito quando comparadas as crianças à termo e com bom peso ao nascer ^{(5) (8)}.

Estudos realizados em outros países apresentam dados que confirmam o BPN como um dos fatores de risco de maior relevância para a mortalidade neonatal, como no Japão em um estudo de coorte que indicou maior índice de mortalidade entre as crianças com peso entre 501 e 750g e no Chile que demonstrou que a mortalidade de recém nascidos menores de 1.500g variou entre 88% e 200% ⁽⁸⁾.

O índice de Apgar evidencia as condições de vitalidade do RN. É uma escala que avalia frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e a cor do RN ⁽²⁰⁾.

O escore do primeiro minuto de vida reflete as condições de parto, enquanto o escore do quinto minuto está relacionado com a assistência durante e pós-parto, além da influência de fatores que atuam antes do nascimento. É um modo de identificar riscos de óbito neonatal, sendo que quanto

menor o índice de Apgar no primeiro e no quinto minuto de vida, maior as chances de morbimortalidade da criança ⁽⁸⁾.

Observou-se nesta pesquisa que a maioria das crianças nasceram com apgar menor do que 7 no 1º minuto, enquanto no 5º minuto, apresentaram escore maior do que 7. A pontuação menor ou igual a 7 no 1º e 5º minuto de vida apresenta associação significativa com o óbito, e quanto menor a pontuação maior a chance de morrer ⁽⁶⁾.

Em estudo realizado nos Estados Unidos da América demonstrou que os RNs que nascem prematuros apresentam 10 a 20 vezes mais chances de possuírem índices baixos de Apgar nos primeiros 5 minutos. Concluiu-se que quanto maior os índices de Apgar, menor os índices de mortalidade ⁽²¹⁾.

A mortalidade neonatal precoce é um grave problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento. Há um consenso entre autores que o predomínio dos óbitos neonatais ocorrem na fase neonatal precoce, sendo que a maioria ocorre nas UTIs Neonatais e Pediátricas através de intercorrências como o parto prematuro, BPN, características socioculturais, questões gestacionais e de nascimento ^{(2) (4) (18)}. Nessa pesquisa, identificou-se que a maior prevalência dos óbitos ocorreu no período neonatal precoce (0 – 6 dias de vida) ⁽⁴⁾.

Outro importante fator de risco para o óbito identificado na pesquisa, foi a presença das afecções neonatais, seguidas de malformações congênitas. No Brasil, esses dados se repetem, sendo relevante destacar que os óbitos decorrentes de malformações congênitas são de difícil redução, pois a maioria pode ser considerado não evitável e por possuir causa desconhecida ⁽⁸⁾.

Destaca-se o predomínio de mortes evitáveis neste estudo, com 67,6% do total de óbitos, que foi analisado conforme o contexto em que as crianças estavam inseridas e a classificação Wigglesworth expandida.

As mortes por causas evitáveis são aquelas que poderiam ser prevenidas por ações de serviço de saúde acessíveis e eficiente para a população. Taxas altas de mortes evitáveis podem indicar a necessidade de estudos relacionados à qualidade da atenção à saúde ⁽⁴⁾.

Diversas pesquisas demonstram o predomínio de óbitos por causas evitáveis ^{(2) (4) (8) (15) (22) (23)}. A correta atenção no pré-natal, parto e nascimento e ações dos serviços de saúde podem contribuir com a redução dessas mortes ⁽²⁾.

Conclusão

A redução da MI ainda representa um grande desafio para as instituições de saúde, profissionais e sociedade. Permanece a necessidade de ações de impacto na assistência do pré-natal,

parto e puerpério, além do atendimento e atenção ao RN, buscando reduzir a ocorrência de óbitos evitáveis.

Este estudo buscou investigar as características maternas e das crianças que foram a óbito menores de um ano de idade, bem como identificar as causas dos óbitos e classificá-los como evitáveis e não evitáveis, com base nos objetivos, concluiu-se que as mães deste estudo eram em sua maioria de raça/cor branca, entre 21 e 35 anos, com ensino médio completo, que realizaram o Pré-Natal conforme preconizado, primíparas de gravidez única, residentes de Santa Cruz do Sul e que realizaram parto Cesárea. A maioria das crianças que foram a óbito eram do sexo feminino, de raça/cor branca, prematuras extremas, peso entre 0 – 999g, com Apgar no 1º minuto menor de 7 e no 5º minuto acima de 7, sendo constatado o óbito no período neonatal precoce por afecções originadas no período perinatal. Os óbitos evitáveis prevaleceram.

Deste modo, a prematuridade, BPN, tipo de parto, Apgar com escore menor do que 7 no 1º minuto de vida e a presença de afecções foram as principais condições de risco encontradas para o óbito nesse estudo, é de fundamental importância que os profissionais de saúde reconheçam a sua realidade local.

A ausência de preenchimento de alguns dados dificultou a realização da análise de certos elementos da pesquisa. Esse fato demonstra a necessidade de capacitar o profissional e esclarecer sobre importância do preenchimento correto das fichas, para que as informações se tornem mais fidedignas e capazes de modificar a realidade de um determinado local. O enfermeiro pode se responsabilizar de realizar as capacitações e expor a necessidade de realizar de modo correto, visando nos riscos e benefícios.

Os resultados dessa pesquisa, apesar de delinear a realidade local, merecem atenção dos serviços de saúde de pré-natal, parto e puerpério, colaborando para o planejamento e implementação de políticas voltadas à saúde.

Referências

1. Filho ACAA et al. Mortalidade Infantil em uma Capital do Nordeste Brasileiro. *Enferm. Em Foco* [internet]. 2017 [citado 2018 15 nov];15(2). Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/888/366>
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS. [internet]. 2014 [citado 2018 15 nov]. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/-caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf
3. Silva ESA, Paes NA. Programa bolsa família e mortalidade infantil no Brasil: revisão integrativa. *Revista Holos* [internet]. 2018 [citado 2018 15 nov];34(01):201-211. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/4836>
4. Junior JDP et al. Perfil da mortalidade neonatal no município de Ubá/MG, Brasil (2008-2010). *Rev. Bras. Pesq. Saúde* [internet]. 2016 [citado 2018 15 nov];18(3):24-31. Disponível em: <http://www.publicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/15739/>
5. Santana IP et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2011 [citado 2018 15 nov];24(4):556-562. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a17v24n4>
6. Vianna RCXF et al. Perfil da mortalidade infantil nas Macrorregionais de Saúde de um estado do Sul do Brasil, no triênio 2012–2014. *Revista de saúde pública do paraná* [internet]. 2016 [citado 2018 15 nov];17(2):32-40. Disponível em: <http://espacoparasauade.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/282/1>
7. Borges TS, Vayego S A. Fatores de risco para mortalidade neonatal em um município na região sul. *Revista Elet. PUC* [internet]. 2015 [citado 2018 15 nov];8(1). Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21010/13146>
8. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Fatores de Risco maternos e infantis associados à mortalidade neonatal. *Texto & Contexto Enfermagem* [internet]. 2016 [citado 2018 15 nov];25(4):1-9. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71447791018.pdf>
9. Lima EFA, Sousa AI, Griep RH, Primo CC. Fatores de risco para a mortalidade neonatal no município de Serra, Espírito Santo. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2012 [citado 2018 15 nov];65(4):578-85.
10. Gomes MAL. Mortalidade infantil em menores de um ano residentes em São Luís – MA [Monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014 [citado 2018 15 nov]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/172985>
11. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública* [internet]. 2004 [citado 2018 15 nov];38(5):630-636. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102004000500003&script=sci_arttext&tlng=pt
12. Aranha VJ et al. Aperfeiçoamento das informações sobre mortalidade Infantil a partir da vinculação determinística de bases de dados: a coorte paulista de nascidos vivos de 2009.

[internet]. 2012 [citado 2018 15 nov]. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/2003/1960>

13. Sartorelli AP et al. Fatores que contribuem para a Mortalidade Infantil utilizando a mineração de dados. *Revista Saúde e Pesquisa* [internet]. 2017 [citado 2018 15 nov];10(1):33-41. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5879/3003>

14. Mayor MSS et al. Avaliação dos Indicadores da Assistência Pré-Natal em Unidade de Saúde da Família, em um Município da Amazônia Legal. *Rev Cereus* [internet]. 2018 [citado 2018 15 nov];10(1):91-100. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2079/636>

15. Lisboa L et al. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região de Minas Gerais, Brasil, 1999-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2015 [citado 2018 15 nov];24(4):711-720. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S22379622201500-0400711&script=sci_arttext&tlng=en

16. Datasus. Ministério da saúde. [internet]. 2018 [citado 2018 15 nov]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10rs.def>. Acesso em: 16 out. 2018.

17. Oliveira CM et al. Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito. *Acta paul. Enferm* [internet]. 2016 [citado 2018 15 nov];29(3):282-290. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000300282

18. Teixeira GA et al. Fatores de risco para a mortalidade neonatal na primeira semana de vida. *Revista Cuidado* [internet]. 2016 [citado 2018 15 nov];8(1):4036-4040. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3943/pdf_1832

19. Moreira KFA et al. Perfil e evitabilidade de óbito neonatal em um município da amazônia legal. *Cogitare Enferm* [internet]. 2017 [citado 2018 15 nov];22(2). Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/868388/48950-206804-1-pb.pdf>

20. Carniel CZ et al. Influência de fatores de risco sobre o desenvolvimento da linguagem e contribuições da estimulação precoce: revisão integrativa da literatura. *Rev CEFAC* [internet]. 2017 [citado 2018 15 nov];19(1):109-118. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462017000100109&script=sci_arttext

21. Li F et al. The Apgar Score and Infant Mortality. *PlosOne* [internet]. 2013 [citado 2018 15 nov];8(7). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3726736/?tool=pubmed>

22. Schrader G. Perfil Epidemiológico e evitabilidade dos óbitos ferais de mulheres residentes em um município da região sul do Brasil [Monografia]. Unisul; 2017 [citado 2018 15 nov]. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/handle/12345/3048>

23. Simões FMB. Perfil sociodemográfico materno em pacientes near miss neonatal de uma maternidade de alto risco [Monografia]. Aracajú: Universidade Federal do Sergipe; 2018. [citado 2018 15 nov]. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/-riufs/7579/2/Fernanda_Monteiro_Batista_Sim%C3%B5es.pdf

ANEXO A - Projeto de Pesquisa

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
CURSO DE ENFERMAGEM**

Kauana F. Alnoch

**PERFIL DE MORTALIDADE INFANTIL DE UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL ESCOLA DO
INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Santa Cruz do Sul

2018

Kauana F. Alnoch

**PERFIL DE MORTALIDADE INFANTIL DE UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL ESCOLA DO
INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Projeto de Pesquisa elaborado na disciplina de Trabalho de
Conclusão de Curso I, do 9º semestre do Curso de Graduação
em Enfermagem, Universidade de Santa Cruz do Sul.

Orientadora: Profª. Ms. Ingre Paz

Santa Cruz do Sul

2018

LISTA DE ABREVIATURAS

BPN	Baixo peso ao nascer
CID	Classificação Internacional de Doenças
DM	Diabete Mellitus
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
DO	Declaração de Óbito
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IG	Idade Gestacional
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização ao Pré-natal e nascimento
PNAISM	Política nacional de Atenção Integral de Saúde da Mulher
RN	Recém-nascido
SEADE	Sistema Estadual de Análise de dados
SIM	Sistema de Investigação sobre Mortalidade
SIMI	Sistema de Investigação da Mortalidade Infantil
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
1.1	Justificativa	6
1.2	Objetivos.....	7
1.2.1	Objetivo geral	7
1.2.2	Objetivos Específicos	7
2	REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1	Unidade De Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica.....	8
2.2	Mortalidade Infantil	9
2.3	Fatores Relacionados à Mortalidade Infantil	133
2.3.1	Fatores biológicos	134
2.3.1.1	Prematuridade e baixo peso ao nascer	144
2.3.1.2	Gravidez de alto risco	144
2.3.1.3	Sexo	155
2.3.1.4	Idade materna.....	155
2.3.1.5	Apgar do 1 e 5 minuto	166
2.3.1.6	Malformação congênita	177
2.3.1.7	Afecções neonatais	177
2.3.1.8	Gestação múltipla	19
2.3.2	Fatores socioeconômicos	19
2.3.2.1	Iniquidade social.....	19
2.3.2.2	Escolaridade.....	190
2.3.2.3	Saneamento básico.....	200
2.3.2.4	Raça/cor	211
2.3.3	Fatores associados à atenção à saúde.....	211
2.3.3.1	Tipo de parto.....	211
2.3.3.2	Atenção ao Pré-Natal.	222
2.3.3.3	Atenção ao parto	233
2.3.3.4	Atenção à criança no 1 ano de vida	244
2.3.4	Fatores comportamentais	244
2.3.4.1	Uso de drogas, tabaco e álcool	244
2.3.4.2	Peso inadequado para altura	255

2.3.5	Fatores demográficos.....	255
2.3.5.1	Situação conjugal.....	255
2.4	Taxas De Mortalidade Infantil.....	255
2.5	Vigilância Epidemiológica Do Óbito Infantil E Fetal	266
3	CAMINHO METODOLÓGICO	28
3.1	Delineamento da Pesquisa	28
3.2	Local da Pesquisa	29
3.3	Integrantes da Pesquisa.....	29
3.3.1	Critério de Seleção.....	29
3.4	Tratamento dos Dados	30
3.5	Procedimentos Éticos e Técnicos	300
3.6	Divulgação dos Dados	311
4	ESTRUTURA PROVISÓRIA DA MONOGRAFIA.....	322
5	CRONOGRAMA.....	333
6	ORÇAMENTO	344
	REFERÊNCIAS.....	355
	ANEXO A.....	422
	ANEXO B	Erro! Indicador não definido.3
	ANEXO C.....	476

1 INTRODUÇÃO

A Mortalidade Infantil (MI) é um problema grave de saúde mundial, é um assunto que necessita ser aprimorado e aprofundado com o passar dos anos. Morte infantil equivale a morte de crianças até um ano de idade e serve como um importante indicador de saúde e marcador do desenvolvimento humano, que afeta a população em geral e as unidades de saúde (FILHO et al., 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (2015) as taxas de mortalidade são subdivididas de acordo com a idade da criança, sendo: taxas de mortalidade fetal, perinatal, neonatal precoce, neonatal tardia, pós-neonatal e taxas de MI.

Apesar de evidenciado que no Brasil a MI vem diminuindo ao longo dos anos, as taxas ainda apresentam-se elevadas, não acompanhando o real desenvolvimento do país, possuindo maior concentração de óbitos naquelas populações consideradas mais carentes (QUEIROZ et al., 2014).

Durante a década de 1970, no Brasil, a MI ultrapassava 90 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV), iniciando assim trabalhos de prevenção com objetivo de evita-la. Em 1980, as taxas chegavam em 78,5/1000 NV, índice ainda considerado altíssimo. Já na década de 1990, a taxa era de 48,3/1000 NV, reduzindo ainda mais na década seguinte, 21,2/1000 NV em 2005 e 14,8/1000 no ano de 2009 (SILVA e PAES, 2018).

Silva e Paes (2018) descrevem que a Organização das Nações Unidas (ONU) instituiu uma meta a ser cumprida pelo Brasil no período de 1990 a 2015, propondo reduzir em dois terços os indicadores de mortalidade para as crianças até cinco anos de idade. O desfecho foi a redução da taxa, onde os indicadores caíram de 53,7/1000 NV em 1990, para 17,7/1000 NV no ano de 2011. Apesar do resultado ser considerado satisfatório visto a história de evolução, ainda é elevado para o aceitável que é 10/1000 NV conforme estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Estima-se que aproximadamente 70% dos óbitos infantis que ocorrem são por causas evitáveis, como a inadequada assistência prestada à mulher durante a gestação, no parto e ao recém-nascido (RN). A MI também está associada às condições de risco como condições socioculturais, fatores comportamentais e alguns fatores biológicos do RN. Conhecer os fatores de risco é importante para o direcionamento de cuidados a fim de evitar o óbito neonatal (JUNIOR et al., 2016).

Visando uma atenção mais direcionada a saúde da mulher e ao RN, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e nascimento (PHPN), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Rede Cegonha com objetivo de melhorar os índices materno infantis, conseqüentemente diminuindo os indicadores de MI.

De acordo com um estudo realizado na região sul do Brasil de Vianna et al (2016) a análise dos óbitos infantis acontecem através de documentos da mãe e da criança como prontuários hospitalares, atendimentos em instituições de saúde, visitas domiciliares e análise do preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e Declaração do Óbito (DO). Os resultados devem ser registrados no Sistema de Investigação da Mortalidade Infantil (SIMI) e no Sistema de Investigação sobre Mortalidade (SIM).

Os profissionais da equipe de enfermagem são os mais envolvidos no contato com os pacientes, tanto na saúde pública quanto em intervenções hospitalares. É possível que a enfermagem seja responsável pela maioria das informações contidas nos prontuários, cabe ao enfermeiro identificar a importância de levantar dados e registros nas fichas de investigação corretamente, pois são informações úteis para planejamento de ações que contribuem para a redução da MI (SANTANA et al., 2011).

O enfermeiro é um dos profissionais que mais acompanha a gestante no período do pré-natal, sendo o profissional que pode identificar uma gravidez de risco, identificando possíveis complicações e/ou mudanças que acarretarão alterações futuramente o RN (SANTANA et al., 2011).

Sabe-se que grande parte dos óbitos infantis ocorrem nas UTI Neonatal e Pediátrica. Deste modo, reconhecer as principais características das mortes infantis deste local é relevante tanto para o serviço, quanto para a população e para realização de medidas de prevenção das causas evitáveis, além de melhorar a assistência prestada pela equipe para os pacientes, atentando para suas particularidades.

1.1 Justificativa

O tema da MI é expresso com relevância nos trabalhos científicos publicados, esse crescente interesse na mensuração da MI, se deve principalmente ao fato de que ela não é somente um indicador de saúde, mas também um marcador de desenvolvimento humano, demonstrando condições de bem-estar social, acesso aos serviços de saúde e desempenho de

ações destinadas às crianças menores de um ano. As taxas de MI tem extrema importância, pois é possível descrever e comparar a situação de saúde dos municípios, estados e até países (ALMEIDA, 2016).

Apesar da cidade de Santa Cruz do Sul ter sido considerada um destaque estadual na redução da MI de acordo com a Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul no ano de 2016, é importante diminuir os índices e descobrir as principais características dos óbitos para identificar os principais motivos evitáveis existentes em uma determinada população.

Identificar o perfil de MI em um determinado local como na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Santa Cruz, possibilita avaliar de forma direta os maiores fatores de risco materno e infantil capazes de resultar no óbito, possibilitando possíveis intervenções e mudanças em relação ao cuidado.

Sendo assim, questiona-se: *qual o perfil de mortalidade das crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica de um Hospital Escola no interior do Rio Grande do Sul nos últimos 5 anos?*

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Analisar as características dos óbitos de crianças menores de um ano internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Santa Cruz (HSC) na cidade de Santa Cruz do Sul, no Rio Grande do Sul no período de 2013 a 2017.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características maternas dos óbitos de crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;
- Identificar as características neonatais e pediátricas dos óbitos de crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;
- Classificar as principais causas dos óbitos e as principais intercorrências clínicas dos últimos cinco anos;
- Desmembrar os óbitos ocorridos em evitáveis e não evitáveis de acordo com a causa principal;

- Descrever fatores associados a MI investigados na literatura científica nacional e internacional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica

A UTI neonatal é uma unidade responsável por atender neonatos em condições de risco de vida, que necessitam de monitorização contínua, estejam hemodinamicamente instáveis e necessitam de terapias específicas. (ALMEIDA et al 2015)

Os profissionais de saúde que permanecem nesta unidade dirigem o cuidado à criança que encontra-se enferma e ao atendimento de suas famílias, prestando conforto, informação, acesso e atenção humanizada (ALMEIDA et al., 2015).

As UTIs Neonatais podem ser consideradas locais onde mais existem recursos tecnológicos para prolongar ou evitar o processo de morte, além de profissionais habilitados e capacitados. As UTIs neonatais e pediátrica são consideradas unidades que apresentam grande desenvolvimento nas últimas décadas. É onde os pacientes que estão com o quadro clínico grave permanecem em busca de atendimento e melhora clínica (SCARTON et al., 2018).

Mas apesar de possuir esses recursos, dentre todas as unidades de atenção hospitalar, é nas UTIs que ocorrem os maiores índices de mortalidade hospitalar. Esse fato se deve principalmente a complicações que podem ocorrer devido ao tempo de hospitalização na unidade, o que pode expor o RN à situações de infecção (BUSTAMANTE et al., 2014).

Entre os internados nas UTI'S neonatais e pediátrica, os que mais possuem risco de adquirir infecções são os que possuem muito baixo peso ao nascer (BPN), além de menor idade gestacional (IG) associado a uma doença subjacente. O uso de cateteres e a prática de higiene inadequada dos profissionais também auxiliam a aumentar os índices de infecção e consequente morte na unidade (ROZANSKA et al., 2015).

Em relação às complicações dos recém nascidos, existe concordância entre Rozanska et al. (2015) e Santiago et al. (2017) que as que mais ocorrem são as infecções neonatais, que acabam ocasionando em altos índices de mortalidade e morbidade infantil. Além da infecção neonatal, outro fator bastante recorrente nas UTIN, que aumentam os índices de MI, são os distúrbios cardíacos de RNs que nascem com malformações congênicas.

Os principais motivos de internação que ocorrem nas UTIs neonatal e pediátrica se devem principalmente por complicações de causas respiratórias, BPN e/ou prematuridade, asfixia perinatal e icterícia (SANTIAGO et al., 2017).

As UTIs neonatais e pediátricas possuem diferentes classificações, podendo ser:

- UTI neonatal: que abrange pacientes que necessitam de cuidados com idade entre 0 a 28 dias;
- UTI pediátrica: abrange pacientes que necessitam de cuidados de 28 dias de idade até 18 anos, sendo que o limite de idade pode ser definido pela instituição;
- UTI mista: onde pacientes RNs e pacientes pediátricos podem ser atendidos em um mesmo local e estabelecimento, porém deve haver uma separação física entre os ambientes dos pacientes com cuidados neonatais e pediátricos (PESSINI, 2016).

2.2 Mortalidade Infantil

Mortes infantis representam um evento indesejável tanto para a população quanto para a saúde em geral. A MI é um indicador que reflete diretamente na população, pois equivale a morte de crianças no primeiro ano de vida e é uma informação necessária para poder ser calculada a taxa de MI. É um indicador capaz de avaliar as condições e qualidade de saúde, desenvolvimento econômico e a qualidade de vida de uma população (FILHO et al., 2017).

A OMS possui uma classificação internacional, na qual declara que a taxa de MI não deve exceder o nível de 10 mortes para cada 1000 NV. Abaixo dessa numeração, considera-se que o nível seja adequado. Entre 20 a 49 mortes por 1000 NV é considerada como uma taxa média e acima de 50 mortes por 1000 NV a OMS considera como alta (SARDINHA, 2014).

Segundo Martins et al. (2018) as mortes de crianças menores de um ano de idade representam mais de 85% dos óbitos de menores de cinco anos no Brasil. E as estimativas de óbitos diários de menores de um ano no mundo são de 15.087, dos quais 14.890 são em países considerados em desenvolvimento, e 197, em países mais desenvolvidos. Este fato demonstra que se deve ter mais atenção aos países em desenvolvimento, que não possuem os recursos adequados e necessários para diminuir a MI.

No Brasil e no mundo estudos comprovam que a MI está sendo reduzida com o passar dos anos. Esse fato da diminuição da MI pode estar relacionado a importantes programas sociais e de saúde criados pelo Governo Federal, que garante o acesso e melhor assistência a todas as gestantes e crianças no país, oferece informações e busca identificar possíveis fatores que

possam interferir na saúde do RN e da criança, como exemplo podem ser citado o incentivo desde a gravidez de amamentar e a Rede Cegonha (MOREIRA et al., 2017).

Outro fator da redução da MI se deve ao maior investimento na gravidez de auto risco, pré-natal bem executado com presença de orientações, busca ativa e internações quando necessário. A utilização e evolução da UTI neonatal auxilia também para a manutenção das taxas de MI (FRANÇA, 2008).

Segundo Santos et al. (2016) o constante envelhecimento populacional e novo perfil populacional, além de consequente queda da fecundidade e paridade das mulheres também influencia nesse quesito.

Mas apesar disso, dados epidemiológicos mostram que mais de 10 milhões de crianças morrem a cada ano no mundo e essas condições de saúde na maioria das vezes poderiam ser prevenidas com o acesso a saúde e a maior qualidade de informação (NETTO et al., 2017).

Fatores de risco podem ser identificados para a ocorrência desses óbitos infantis, como por exemplo a desigualdade social, o BPN, APGAR baixo, nascimento prematuro, número de consultas de pré-natal inferior ao preconizado, auto estima baixa que ocasiona a falta de cuidado com a gestação, negligencia na gestação, ausência de saneamento e de escolaridade (CAMPOS, 2014).

Para verificar a MI, outros fatores também necessitam ser avaliados, como: a residência da família, características maternas como raça/cor da pele, situação conjugal e idade, o sexo e demais características do RN, histórico de gestações, hospital que ocorreu, história do parto e outros (LANSKY et al., 2014).

A MI abrange a morte de crianças que estão divididas em dois grupos conforme seu nascimento, que são:

- Neonatal: mortes entre 0 a 27 dias de vida. Onde normalmente estão envolvidas questões gestacionais, de parto e integridade física da criança. Dentro da mortalidade neonatal, existe a morte neonatal precoce e a tardia. A precoce ocorre até os seis dias de vida e a tardia dos sete aos 27 dias de vida.
- Pós-neonatal/infantil: mortes entre 28 a 364 dias de vida. Onde normalmente as condições socioeconômicas e sociais possam influenciar (CAMPOS, 2014).

Há um consenso entre Santos et al. (2016), Junior et al. (2016) e Ministério da Saúde (2009) que o período de maior número de óbitos permeia o período neonatal. Os autores relatam que a maioria dos óbitos neonatais ocorrem na fase neonatal precoce, sendo que a maioria ocorre nas UTI Neonatal e Pediátrica através de intercorrências que ocorrem comumente, como

por exemplo o parto prematuro, BPN, características socioculturais, questões gestacionais e de nascimento.

Mas apesar disso, quando as crianças recebem alta após alguma dessas complicações, espera-se que a atenção básica acompanhe o crescimento e desenvolvimento da criança, justamente por se apresentar um grupo mais vulnerável, podendo apresentar consequências durante o período de crescimento, ainda mais se a criança está inserida em um grupo de risco de questões socioeconômica, ambiental ou cultural (SANTOS et al., 2016).

No Rio Grande do Sul, no ano de 2015, as principais causas de mortes infantis, conforme o capítulo CID 10 do DATASUS, foram:

Tabela 1 – Principais causas de mortes infantis

Doença	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1501
Algumas afecções originadas ao período perinatal	885
Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	384
Causas externas de morbidade e mortalidade	69
Doenças do aparelho respiratório	59

Fonte: DATASUS (2015)

Diversas mortes podem ser consideradas como causas evitáveis, essas causas possuem classificações através do Sistema Estadual de Análise de dados (SEADE), intervenções do SUS e classificação de Wigglesworth (CAMPOS, 2014).

A classificação do SEADE subdivide as mortes em: Redutíveis por imunoprevenção, adequado controle na gravidez, atenção ao parto, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces, através de parcerias com outros setores, causas mal definidas e não classificadas (CAMPOS, 2014).

A classificação de intervenções do SUS subdivide em causas evitáveis (reduzíveis por ações de imunoprevenção, por adequada atenção à mulher na gestação, parto e cuidados com RN, ações de diagnóstico e tratamento, promoção de saúde), causas mal definidas e demais causas (CAMPOS, 2014).

A classificação de Wigglesworth foi criada no ano de 1980, por Wigglesworth e colaboradores. Essa classificação é a mais utilizada no mundo inteiro para analisar as taxas de mortalidade perinatal (mortes fetais e neonatais precoces). A classificação de Wigglesworth avalia a qualidade da assistência perinatal prestada, dando um maior enfoque na evitabilidade dos casos de óbito que ocorreram em determinado local (VIEIRA, 2017).

Essa classificação sofreu algumas modificações e foi adapta, sendo chamada de Wigglesworth Expandida. As principais causas de óbito perinatal são divididas em nove grupos (SCHRADER, 2017).

Quadro 1 – Classificação dos óbitos fetais e infantis

Classificação dos óbitos fetais e infantis – adaptação para o Brasil (Wigglesworth Expandida – CEMACH, 2005)	
Grupo 1. Malformação congênita (grave ou letal/potencialmente letal)	Apenas malformação congênita letal ou potencialmente letal deve ser incluída neste grupo; óbitos fetais ou infantis. Anormalidades bioquímicas graves ou severas como a doença de Tay Sach's e qualquer defeito genético reconhecido como de alto risco para o óbito devem ser incluídos.
Grupo 2 – Morte fetal anteparto	Mortes fetais ocorridas antes do trabalho de parto (sinais de maceração, óbitos há mais de 12 horas ou outro indício/ relato / evidência de morte antes do trabalho de parto): A maior parte das mortes/perdas fetais tardias deveria ser incluída neste grupo, considerando-se que a morte fetal intraparto é um evento-sentinela. A morte de uma criança nascida viva decorrente de problemas durante o período anteparto deve ser considerada na categoria “outras causas específicas” (categoria 6).
Grupo 3 – Morte intraparto ('asfixia', 'anóxia', sofrimento fetal agudo ou 'trauma'):	Óbitos fetais ou infantis; Esta categoria reúne bebês que sobreviveriam se não tivessem ocorrido complicações/problemas durante o trabalho de parto e parto. Esses bebês geralmente são bem formados, natimortos e/ou receberam baixo escore de Apgar, sofreram aspiração meconial ou tiveram evidências de acidose ao nascimento. Bebês muito prematuros (menor que 1000 gramas) podem sofrer asfixia durante o nascimento, mas não devem ser registrados neste grupo de causas – devem ser classificados no grupo Imaturidade/prematuridade, ou outro específico como o grupo 5 (Infecção).
Grupo 4 – Imaturidade/prematuridade	Aplica-se apenas a bebês nascidos vivos que morrem devido à imaturidade pulmonar, deficiência de surfactante, hemorragia intra-ventricular ou outras conseqüências tardias da prematuridade – incluindo dano pulmonar crônico. Incluir todo neonato com peso ao nascer menor que 1000 gramas.
Grupo 5 – Infecção	Aplica-se aos óbitos fetais e infantis em que há evidência clara de infecção microbiológica que pode ter causado a morte, p.ex., infecção materna por estreptococo do grupo B, rubéola, parvovírus, sífilis, etc, morte por septicemia, outras infecções, incluindo as pneumonias e diarréias. Podem ser enquadrados em duas subcategorias: - 5a: Infecções perinatais/materna - 5b: Pneumonias, diarréias, outras infecções

Grupo 6 – Outras causas específicas de morte:	Em caso de condição fetal, neonatal ou pediátrica específica reconhecida, não contemplada nos grupos anteriores de causas. Exemplos: - Condições fetais: transfusão feto-fetal e hidropsia fetal - Condições neonatais: hemorragia pulmonar, hipoplasia pulmonar devido a perda prolongada de líquido (hipoplasia pulmonar primária deve ser classificada como malformação), persistência de circulação fetal (na ausência de infecção, aspiração ou deficiência de surfactante), perda sanguínea não associada a trauma (p. ex., vasa praevia); - Condições pediátricas: bronquiolite, bebê chiador, desnutrição, câncer e quadro agudo abdominal (como volvo sem antecedente de má- rotação congênita).
Grupo 7 – Causa externa:	Morte provocada por acidente ou violência confirmada deve ser codificada neste grupo.
Grupo 8 – Morte súbita, causa desconhecida:	Inclui mortes de causa desconhecida de bebês nascidos vivos. Pode ser modificada após exame postmortem.
Grupo 9 – Não classificada:	Deve ser usada como último recurso (óbito infantil) e maior detalhamento deve ser fornecido se esta opção é registrada.

Fonte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf.

De acordo com Sardinha (2014) um estudo realizado pelo MS entre os anos de 1996 a 2007 observou uma proporção de 70% de óbitos preveníveis no total de mortes infantis no período.

Em 2010, o percentual de MI por causas evitáveis foi de 61,5% dos óbitos investigados, diminuindo dos anos anteriores, porém esse índice ainda pode ser considerado alto (NETTO, 2016).

Segundo Dias et al. (2017), no Brasil, verificou-se no período de 2006-2012, que a taxa de MI por causas evitáveis reduziu de 11,6 para 9,3 por mil NV, em todo o território.

2.3 Fatores Relacionados à Mortalidade Infantil

Como já mencionado, existem diversos fatores de risco para a ocorrência da MI, alguns desses fatores são divididos em biológicos, socioeconômicos, fatores associados à atenção à saúde, fatores comportamentais e demográficos (SARDINHA, 2014).

2.3.1 Fatores biológicos

2.3.1.1 Prematuridade e baixo peso ao nascer

A prematuridade e o BPN representam a principal causa de mortalidade neonatal no mundo inteiro. A criança que nasce com peso inferior a 2,500 se torna significativamente mais propensa a morrer do que as crianças que nascem com peso superior ao de 2,500, pela difícil recuperação e longo período de internação, o que acaba expondo a criança a fatores que podem prejudica-la posteriormente, como infecções (TEIXEIRA et al., 2016).

Essa grande exposição à infecção que o RN permanece no ambiente hospitalar, pode influenciar em problemas relacionadas ao desenvolvimento físico e cognitivo (SANTOS et al., 2016).

Segundo a OMS citado por Tabile et al. (2016), a prematuridade pode ser classificada de acordo com a IG, sendo:

- Prematuridade extrema: RNs que nasceram com IG < 28 semanas;
- Prematuridade acentuada: RN nascidos entre 28 a 31 semanas de IG;
- Prematuridade moderada: RN nascidos entre 32 a 36 semanas de IG.

Fatores maternos podem desencadear o BPN e a prematuridade, sendo assim, a equipe de saúde precisa estar atenta para as situações da mãe durante o pré-natal. Fatores como: condições socioeconômicas desfavoráveis, mães adolescentes ou idosas, paridade elevada, desnutrição e tabagismo, aumento de cesarianas, alcoolismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), HIV e outras doenças presentes na mãe também podem ser importantes fatores de risco para desencadear tais situações (GOMES, 2014).

Mas a prematuridade pode ocorrer em qualquer gestação, em todas as classes sociais. Por ano, cerca de 1 milhão de crianças vão a óbito por complicações que ocorrem devido a prematuridade, sendo que em países pobres o RN prematuro possui cerca de 90% de chances de ir a óbito. Muitas das mortes prematuras podem ser consideradas evitáveis, com ações preventivas e pré-natal (MIRANDA, 2014).

2.3.1.2 Gravidez de alto risco

A gravidez de alto risco é um fator que pode desencadear complicações no RN, inclusive a morte. É importante deixar a família ciente do que pode acontecer e dos problemas envolvidos em uma gestação de alto risco. (GOMES, 2014)

Há um consenso entre os autores Jantsch et al. (2017), Costa et al. (2016) e Gomes (2014) que a gravidez de alto risco é quando a mãe ou a criança correm algum tipo de perigo, quando a vida ou a saúde da mãe ou feto pode estar com risco de desenvolver complicações e podendo até levar ao óbito de um dos dois ou ambos.

Um estudo realizado na região central do Rio Grande do Sul, por Jantsch et al. (2017), demonstrou que os maiores problemas resultantes em gestação de alto risco foram a HAS e a DM Gestacional, capaz de causar um alto índice de mortalidade neonatal, além de materna.

Para avaliar a gravidez de alto risco como um fator que pode aumentar os índices de MI, não se deve levar apenas em conta a gestação atual, mas também as anteriores e o desfecho de outras gestações, como por exemplo, nascimento com anormalidades, prematuridade, MI, abortos e outros (DEMITTO et al., 2017).

2.3.1.3 Sexo

Estudos indicam que o sexo masculino necessita de um tempo maior para que ocorra o amadurecimento pulmonar, sendo assim, os meninos podem apresentar maiores problemas respiratórios quando comparados com o sexo feminino (SANTOS et al., 2016).

Já Moreira et al. (2017) acredita que este fato acontece devido o sexo masculino demandar de mais tempo para se adaptar ao nascimento, devido a uma pior adaptação metabólica aos fatores gestacionais que podem ocasionar em problemas para o feto, assim causa uma consequente mortalidade maior no sexo masculino, quando comparado ao sexo feminino.

2.3.1.4 Idade materna

É de comum acordo entre Gaiva et al. (2016) e Lima (2010) que a idade materna é um dos fatores considerado como de risco para a MI quando a mãe se é muito jovem (especialmente menores de 15 anos) ou muito velha para uma gestação (especialmente maiores de 35 anos), pois essas idades extremas podem estar ligadas a fatores como a prematuridade e BPN.

Considera-se que mães que engravidam precocemente, podem submeter o RN a situações como a prematuridade e BPN, mesmo que ela adquira o peso ideal na gestação, pois a adolescente ainda está em fase de desenvolvimento, o que pode prejudicar o desenvolvimento do feto. A gestação em adolescentes pode ocasionar no óbito do RN em algumas situações devido a imaturidade do desenvolvimento uterino. Além desses fatores, também existe a

questão das adolescentes precoces estarem ligadas a situações de não comparecimento nas consultas de pré-natal, falta de cuidados na gestação, utilização de tabaco, má nutrição e outros fatores que podem prejudicar a gestação e o feto (LIMA, 2010).

Lima (2010) e Mota (2016) entram em concordância em seus estudos quando demonstram que a idade avançada também pode ocasionar em BPN e prematuridade, pois é um fator fortemente associado à DM e HAS, podendo ocasionar em morbidade e MI e materna. Mas, além dessas situações, devido a senescência ovariana e desordens genéticas podem ocorrer anomalias cromossômicas.

Em um estudo realizado por Fantin et al. (2017), identificou-se que a quantidade de NV com anomalias cromossômicas apresentaram prevalências iguais entre mulheres de 15-19 anos e >35 anos. Porém, acredita-se que o risco de surgimento das trissomias cromossômicas em humanos aumenta quanto mais avançada a idade. Quando comparados a outros estudos, como um estudo retrospectivo realizado na Bahia (2003) relacionando a idade materna avançada e o surgimento da Síndrome de Down, demonstrou relação de 43,6% entre idade das mães ao parto e nascidos com a doença.

De acordo com um estudo de revisão da literatura na base de dados BVS, realizado por Bezerra et al. (2015) as complicações associadas à idade avançada e gestação que mais ocorrem são: sofrimento fetal, parto prematuro e pós termo, placenta prévia, Amniorrex, BPN, macrossomia, distorcias, hipertensão/Pré-eclâmpsia, DM, apresentação Anômala, hemorragia puerperal, Apgar baixo, óbito fetal, natimortalidade e morte neonatal.

2.3.1.5 Apgar do 1 e 5 minuto

O índice de Apgar pode ser considerado uma escala que avalia frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor. Oferece a quem está aplicando a escala uma avaliação rápida do RN após o parto. É considerado RN de risco quando o resultado do índice se apresenta menor do que 7 no quinto minuto (CARNIEL et al., 2017).

O Apgar do primeiro minuto se relaciona com as condições da gestação e do parto. O do quinto minuto, por sua vez, se relaciona com as condições da assistência prestada durante o parto e pós parto. Considera-se um fator de risco para a MI quando o Apgar do RN for <7 (GAIVA et al., 2016).

Em um estudo de coorte prospectivo realizado entre setembro de 2012 e fevereiro de 2015, demonstrou que um Apgar considerado baixo (< 7) nos cinco minutos podem estar

associados à comorbidades e situações que expõem o RN em situações de risco, como: HIV, ventilação mecânica, icterícia mortalidade neonatal (DALILI et al., 2016).

Em outro estudo realizado nos Estados Unidos da América demonstrou que os RNs que nascem prematuros apresentam 10 a 20 vezes mais chances de possuírem índices baixos de Apgar nos primeiros 5 minutos. Concluiu-se que quanto maior os índices de Apgar, menor os índices de mortalidade (LI et al., 2013).

2.3.1.6 Malformação congênita

As malformações congênitas são distúrbios que podem ser detectadas no nascimento ou na infância, que surgem no período embrionário, podendo alterar de forma estrutural, funcional ou metabolicamente, podendo causar anomalias físicas ou mentais. As malformações congênitas representam uma das maiores causas de MI (RAMOS et al., 2008).

Gaiva et al. (2016) e Santos et al. (2014) entram em concordância quando demonstram que os óbitos referente a esse advento são de difícil redução e prevenção, pois a maioria não pode ser evitável, mas utilizando ácido fólico, controle de comorbidades da mãe e detectando precocemente é possível preparar os familiares para o que poderá ocorrer e preparar a equipe para as intervenções cabíveis.

Um estudo realizado com gestantes de alto risco em um hospital terciário, demonstrou que 20,8% dos RN que acabaram indo a óbito, apresentavam malformação congênita (SILVA e MONTEIRO, 2014 apud DEMITTO et al., 2017).

Em um estudo de coorte retrospectivo realizado com 7.887 NV do ano de 2012, residentes do município de Joinville, Santa Catarina, também trouxe que a malformação congênita pode estar relacionada com o aumento da MI. Neste estudo evidenciou-se que de todos os fatores de risco, as malformações congênitas são os que mais se associam com o óbito infantil (KROPIWIEK et al., 2017).

2.3.1.7 Afecções neonatais

As afecções neonatais mais frequente de morte dos RNs são as afecções respiratórias, principalmente ligados ao próprio nascimento. Em seguida permanece a deficiência cardiovascular e imaturidade extrema, que afeta diretamente na sobrevivência e recuperação dos RNs (JUNIOR et al., 2016).

Dentre as afecções neonatais, as do período perinatal são responsáveis pelo maior índice de óbitos neonatais e algumas delas podem ser evitadas com ações de prevenção com a comunidade e detecção precoce de alterações, pois as afecções também podem ocorrer na gestante e precisa ser tratada de forma adequada e precisa, o que pode favorecer a existência de um bom pré-natal (JUNIOR et al., 2016)

De acordo com dados do DATASUS (2015), do Capítulo XVI, as afecções do período perinatal estão divididas em dez categorias conforme a ocorrência, sendo as seguintes:

Quadro 2 – Afecções originadas no período perinatal

Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)	
Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	Feto e RNs afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e parto; complicações maternas da gravidez; complicações com a placenta, cordão umbilical e membranas; transmissão de influências nocivas da mãe para o feto via placenta ou leite materno
Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	Crescimento fetal retardado e desnutrição; prematuridade, bpn; gestação prolongada e peso elevado ao nascer
Traumatismo de parto	Laceração intracraniana e hemorragia que ocorreram devido a traumatismo de parto, lesões devido ao parto.
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	Hipóxia, asfixia, desconforto respiratório, pneumonia congênita, aspiração meconial, hemorragia pulmonar, enfisema e outras.
Infecções específicas do período perinatal	Doenças virais congênitas, septicemia e outras.
Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido	Hemorragias, doença hemolítica e outros transtornos hemorrágicos e hematológicos.
Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido	Transtornos endócrinos, metabolismo e distúrbios eletrolíticos
Transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido	Ílio meconial; enterocolite e outros transtornos
Afecções comprometendo o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido	Hipotermia, hipertermia e outras afecções.
Outros transtornos originados no período perinatal	Convulsões; problemas de alimentação; morte fetal de causa não especificada e outras afecções.

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

2.3.1.8 Gestação múltipla

O tipo de gravidez também influencia nos fatores de risco para a MI, quando a gestação é múltipla, acredita-se que as chances dos RN nascerem prematuros ou com risco de complicações no período perinatal ou pós parto é maior quando comparados a gestação única (TEIXEIRA et al., 2016).

A ocorrência de gestação múltipla está aumentando nos últimos anos em países de média e alta renda, devido a vários fatores, como por exemplo a idade avançada ao engravidar, a diminuição da fertilidade e o aumento de uso de técnicas de reprodução assistida. Sabe-se que a gravidez múltipla está associada não apenas a complicações maternas, como também elevam as taxas de mortalidade perinatal (SANTANA, 2017).

Segundo Santana (2017) quando a gestação é gemelar, as chances de ocorrer morte perinatal é duas a três vezes maior do que nos RNs de parto único, porque esse fato normalmente pode estar relacionado com a prematuridade, baixo crescimento e peso e anóxia intraparto.

Em um estudo realizado através de uma análise de dados individual de 60 países por Bellizzi et al. (2018), foi identificado que os gêmeos possuíam cerca de três vezes mais probabilidade de óbito quando compactados com as gestações normais, de apenas um bebê.

2.3.2 Fatores socioeconômicos

2.3.2.1 Iniquidade social

A desigualdade social é um dos fatores de risco para a ocorrência da MI. É um ponto particular e importante, pois se evidencia que mulheres que estão relacionadas a grupos sociais vulneráveis possuem um maior índice de MI de seus filhos. Muitas vezes, a desigualdade social está ligada com a falta de estudo de grande parte dessa população e através desta perspectiva, entende-se que o serviço de saúde precisa agir sobre essa população de forma mais acessível e eficiente, pois os riscos são maiores (KROPIWIEC et al., 2016).

Segundo Ward e Viner (2017), uma meta-análise recente da renda nacional e da MI entre os países em desenvolvimento descobriu que um aumento de 10% no PIB foi associado a diminuição de 10% na MI. Então quanto maior for a diferença na renda das pessoas, maior o nível de MI, além de doenças e outros problemas relacionados.

2.3.2.2 Escolaridade

O nível de escolaridade da mãe pode influenciar no tratamento e cuidado que ela vai ter em relação ao seu filho, quanto menor a escolaridade da mãe, maior o risco de MI (TEIXEIRA et al., 2016).

As maiores chances de MI, quando comparados ao tempo de estudo, estão nas gestantes que possuem menos de oito anos de estudo. Acredita-se, também, que a baixa escolaridade está associada com piores condições socioeconômicas, o que também favorece no aumento das taxas de MI (FILHO et al., 2017).

O nível de escolaridade mais elevado da mãe pode favorecer a amamentação por mais tempo, devido a condições de acesso a informações sobre o assunto. As mães que possuem classes desfavorecidas e não possuem fácil acesso a informação, frequentemente começam o pré-natal mais tarde, pois normalmente não reconhecem os reais benefícios de realizar o acompanhamento e cuidado (MOURA et al., 2015).

A baixa escolaridade e condições socioeconômicas desfavoráveis podem estar relacionadas a fatores como BPN e a duração da gestação, devido ao difícil acesso e qualidade dos serviços de saúde disponíveis durante a gestação (MEZZOMO et al., 2018).

A relação entre escolaridade materna e MI também pode ser influenciada pelo local de moradia da mãe, devido às políticas públicas existentes e disponíveis para redução de vulnerabilidades sociais (SARTORELLI et al., 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (2014), os marcadores sociais demonstram que quanto maior o período de escolaridade da mãe, mais elas aderem à consulta de pré-natal e que quanto maior o porte do município, maior a proporção de mães com oito anos de estudo ou mais.

2.3.2.3 Saneamento básico

O saneamento básico é a atividade relacionada ao abastecimento de água de uma determinada população, limpeza correta de resíduo sólido, cuidados sanitários, drenagem e manejo de águas pluviais urbanas. Esse serviço, quando realizado adequadamente, é capaz de prevenir inúmeras doenças, o que é importante para o meio da saúde e qualidade de vida populacional (SILVA e ESPERIDIÃO, 2017).

Quando o saneamento básico é ineficaz, em locais que ocorrem chuvas fortes e situações de enchentes, os lixos acumulados levam as casas o risco de contaminação para toda uma família (OLIVEIRA, 2008).

Essa situação de inadequação no sistema de saneamento básico é um fator relevante para a MI, pois as crianças estão expostas a adquirir doenças e advenços, como as doenças diarreicas (SILVA e ESPERIDIÃO, 2017).

Em um estudo realizado por Silva e Esperidião no ano de 2017, foi identificado que o maior índice de MI ocorreu em regiões que possuem os maiores índices de serviços inadequados de água e esgoto.

2.3.2.4 Raça/cor

A ocorrência da MI costuma ser mais elevada nas pessoas negras e indígenas, por diversos fatores, como as desigualdades ainda presente entre as raças (GOMES, 2014).

Porém, apesar de subentender esses resultados conforme fatores sociais ainda existentes, esse dado é difícil de ser coletado e comparado, visto que a população auto intitula sua raça/cor (GOMES, 2014).

2.3.3 Fatores associados à atenção à saúde

2.3.3.1 Tipo de parto

O grande aumento de cesarianas sem necessidade (quando não é indicada para situações de risco para a gestante ou o bebê) é um fator de risco para o aumento da MI, pois é um procedimento cirúrgico que pode causar malefícios tanto para a mãe, quanto para o RN (GOMES, 2014).

GOMES (2014) e Ministério da saúde (2016) entram em concordância quando relatam que a cesariana eletiva pode resultar em prematuridade, pois o RN pode ser retirado do útero da mãe sem estar pronto para nascer, BPN, além de prolongar a internação hospitalar, deixando o RN frente à possibilidade de adquirir infecções.

Além dessas questões, a cesariana quando é realizada desnecessariamente, pode ocasionar em desconforto respiratório neonatal, pela operação ser realizada antes da mãe completar as 40 semanas, pode interferir no vínculo entre mãe e bebê e no aleitamento materno, além de problemas futuros para a criança (BRASIL, 2016).

Segundo a OMS, o índice de cesarianas realizado não deve ultrapassar 15% e no Brasil, existe uma alta prevalência de cesariana que ultrapassa de forma exagerada esse índice, sendo

considerado um dos países campeão mundial em cesarianas. Essa alta taxa pode estar relacionada com fatores sociais, culturais e até de escolha por parte das mulheres e médicos, sem indicações necessárias e precisas (BRASIL, 2014).

Segundo dados do DATASUS (2015) cerca de 55% dos partos realizados no Brasil são de cesariana, e cerca de 60,5% dos partos realizados no Rio Grande do Sul são de cesariana, muito além do preconizado pelo MS.

Em um estudo realizado por Oliveira et al. (2016) identificou que no setor privado a prevalência de parto cesárea aumenta ainda mais, chegou ao dado de 93,8% nesta pesquisa.

Porém, quando se analisa de outra perspectiva, é notório que o parto natural também pode ser classificado como um fator de risco quando mal administrado. Muitos locais não estão adequados e profissionalmente preparados para realizar um bom parto natural, expondo a mãe e a criança a situações como anóxia. Ou, além deste fato, pode ocorrer a má interpretação de uma situação de risco, assim expondo uma gestação para o parto natural, sendo que é necessário realizar um parto cesariano (SANTOS et al., 2016).

2.3.3.2 Atenção ao Pré-Natal

Quando o pré-natal não é realizado com a frequência necessária, é feito posteriormente ou não é realizado, isso pode se tornar um grande problema para o nascer da criança. Pois a assistência prestada durante o pré-natal é capaz de transmitir informações necessárias para o cuidado que a mãe deve manter durante a gestação e após o parto com o RN, como lidar as situações que surgem durante a gestação, além de poder diagnosticar e tratar de forma precoce complicações que podem ocorrer durante esse período, podendo reduzir também problemas que ocorrem depois o nascimento, como doenças do RN e a MI (KILSZTAJN et al., 2003).

Os RNs de mães que fizeram menos de sete consultas de pré-natais estão mais suscetíveis a MI. Porém, o serviço de saúde precisam possuir profissionais capacitados para realizar um bom trabalho em quesito de orientações, requisição de exames e acompanhamento da gestação para o controle (GAIVA et al., 2016).

O cuidado e informações prestadas a gestante através das consultas de pré-natal auxiliam na redução de morbimortalidade materno-infantil quando bem realizado. Identifica-se em muitos locais uma certa limitação, pois os princípios que devem nortear a assistência do pré-natal são a humanização, integralidade na assistência, autonomia, promoção à saúde e

princípios qualidade de vida, quando essas características são voltadas para o cuidado com o RN é possível diminuir a morbimortalidade infantil (CARVALHO et al., 2016).

Quando avaliado a relação entre abandono de pré-natal e mortalidade fetal e neonatal, um estudo realizado por Gomes et al. (2017) no Maranhão, identificou que existe prevalência da mortalidade dos bebês daquelas mães que abandonaram as consultas.

Visando então a necessidade e a importância no acompanhamento do trabalho de parto e parto, buscando diminuir os índices de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal o MS no ano 2000, instituiu no âmbito do SUS o PHPN. Esse programa defende que todas as mulheres necessitam de humanização durante a assistência (SANTOS e ARAUJO, 2016).

Os objetivos principais do PHPN é melhorar o acesso das gestantes e a qualidade do serviço de pré-natal prestado, bem como a assistência ao parto e puerpério às gestantes e RNs. O PHPN defende que toda gestante deve saber onde será o momento do parto e ter a certeza de que todo RN tem direito à assistência humanizada e segura (BRASIL, 2002).

Em 2004, foi instituído a PNAISM que teve como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), elaborado em 1983. Esse programa visa diminuir a morbimortalidade de mulheres por causas preveníveis e evitáveis, garantindo os direitos humanos e atendimento humanizado por parte dos profissionais (SANTOS e ARAUJO, 2016).

De acordo com Santos e Araújo (2016, p. 59) o PNAISM

Incorpora o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico.

No ano de 2011, o MS criou a Rede cegonha, devido elevados índices de MI, prevalência de grande medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas, no intuito de melhorar a qualidade da atenção pré-natal, assistência ao parto e puerpério e assistência durante dois anos de vida da criança. A RC obtém quatro componentes, o pré-natal, parto e o nascimento, puerpério e atenção integral a saúde da criança e o sistema de logístico (CAVALCANTI et al., 2013).

2.3.3.3 Atenção ao parto

Quando a mãe entra em trabalho de parto ou está na hora do nascimento do seu bebê, o quesito principal é ela ter e saber o local que deve se direcionar para não ocorrer intercorrências

indesejadas e o parto ocorrer de maneira inadequada. O acesso a esse local deve ser de qualidade e o manejo deve ser adequado para cada caso, como por exemplo: tipo de gravidez, presença de comorbidades e qualidade de pré-natal que foi oferecido (SARDINHA, 2014).

Esse local de saúde precisa ter um bom fluxo de referência e contra referência e saber identificar as necessidades de cada paciente. Um local de parto seguro contribui para a redução das mortes infantis, além de promover tranquilidade na hora do parto (SARDINHA, 2014).

2.3.3.4 Atenção à criança no 1 ano de vida

A criança após o nascimento precisa de um cuidado dos profissionais dos serviços de saúde, seja nas consultas de puericultura da atenção básica ou nos casos em que a criança precisa de cuidados hospitalares ou em quesito mais graves como a necessidade de UTI. Para que esse cuidado seja eficaz, os serviços de saúde precisam ter equipamentos e estrutura adequada, além de profissionais capacitados para exercer a função (SARDINHA, 2014).

A Puericultura, realizada na atenção básica, tem como objetivo acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária, esclarecer dúvidas e dificuldades do familiar, colocar em dia o calendário vacinal, estimular cuidados frente ao RN como amamentação, introdução de alimentos conforme a idade, promover saúde e prevenir doenças (GUBERT et al., 2015).

2.3.4 Fatores comportamentais

2.3.4.1 Uso de drogas, tabaco e álcool

O alcoolismo, tabagismo e uso de drogas aumentam a possibilidade de MI, pois seu uso pode contribuir para o desenvolvimento de doenças como má formações, BPN e parto prematuro, prejudicando a evolução do bebê (MEZZOMO et al., 2018)

O uso do tabaco, além do baixo peso, pode provocar ruptura prematura de membrana e outros. O alcoolismo pode causar problemas no desenvolvimento do RN (SARDINHA, 2014).

O consumo de drogas é extremamente prejudicial, pois as drogas atravessam a placenta e causam efeito sobre o feto, podendo ocasionar em diversas complicações, além das que já foram citadas, como por exemplo a síndrome de abstinência neonatal e a Síndrome de Morte Súbita Infantil (RENNER et al, 2016).

2.3.4.2 Peso inadequado para altura

Tanto o baixo peso, quanto o excesso de peso da mãe pode provocar prejuízo no desenvolvimento do feto, pois ele depende do organismo materno. O excesso de peso pode ocasionar em DM gestacional, HAS e complicações no parto (SARDINHA, 2014).

2.3.5 Fatores demográficos

2.3.5.1 Situação conjugal

Quando a mãe possui um companheiro, pode interferir de maneira positiva o desfecho da gravidez, devido ao apoio, contribuição psicológica e financeira recebida durante o processo (SARDINHA, 2014).

2.4 Taxas de Mortalidade Infantil

De acordo com o Ministério da Saúde (2015) as taxas de mortalidade são subdivididas de acordo com a idade da criança pesquisada e seu resultado necessita ser comparado com os preconizados.

Quadro 3 – Taxas de Mortalidade Infantil

TAXA	DESCRIÇÃO
Taxa de Mortalidade Infantil (Coeficiente de Mortalidade Infantil).	Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil NV, na população residente no local, no ano considerado.
Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce)	Número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos, por mil NV, na população residente no local, no ano considerado.
Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (Coeficiente de Mortalidade Neonatal Tardia)	Número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos, por mil NV, na população residente no local, no ano considerado
Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (Taxa de Mortalidade Infantil Tardia, Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal)	Número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos, por mil NV, na população residente no local, no mesmo ano considerado
Taxa de Mortalidade Perinatal (Coeficiente de Mortalidade Perinatal) • Conceituação	Número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, na população residente no local, no ano considerado

Taxa de Mortalidade Fetal (Coeficiente de Mortalidade Fetal)	Número de óbitos fetais por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Para efeito de comparação internacional a OMS / CID-10 utiliza a taxa de mortalidade fetal tardia, que considera os fetos acima de 28 semanas de gestação. – Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais.
--	---

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

2.5 Vigilância Epidemiológica do Óbito Infantil e Fetal

Existem informações sobre os óbitos infantis que auxiliam no desenvolvimento de planejamento de ações que reduzem esse advento. O começo da iniciativa das investigações dos óbitos iniciaram a partir do século XX. Na década de 90, O MS criou o Projeto de Redução da MI, prevendo metas para cada estado do país, cada um teria de agir conforme suas necessidades e ocorrências. Com esse projeto, se planejava avaliar e diminuir a MI e coletar maiores informações referente a mortalidade de crianças, para que fosse possível uma redução das mesmas. Mas, apesar desse projeto ter sido planejado na década de 90, apenas em 2004 foi regulamentado, foi quando surgiu, alguns anos depois, o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (DUTRA, 2015).

Apenas os casos de anomalias congênitas poderiam ser excluídos da investigação de óbitos, devido a difícil prevenção de sua ocorrência. A análise dos óbitos acontecem com a análise de documentos da mãe e da criança, através de prontuários hospitalares, atendimentos em instituições de saúde, visitas domiciliares, DNV e DO. Os resultados dessa pesquisa devem ser registrados no SIMI e no SIM (DUTRA, 2015).

Esses sistemas de informação auxiliam a construir indicadores demográficos e de saúde de uma população. A DNV possibilita uma comparação de características sócio demográficas e assistencial das gestantes e as condições de nascimento da criança. E o SIM se refere principalmente a qualidade das informações (FRIAS et al., 2008).

Porém, se a DO não for preenchida de forma adequada e clara, os resultados não serão significativos para uma possível intervenção e elaboração de metas em um município. Esse bom preenchimento da declaração depende de vários fatores, como o bom diagnóstico e treinamento adequado para os profissionais responsáveis pelo preenchimento (OLIVEIRA et al., 2016).

Por este motivo, segundo Paes et al. (2014), forem criados métodos de análise da qualidade desses registros, que foi dividido em categorias, sendo:

- Avaliação do grau de declaração das variáveis na DO em termos da categoria de ignorados;
- Proporção das causas de morte mal definidas;
- Cobertura de óbitos;
- Índice da qualidade dos registros de óbitos.

Muitas vezes, quem realiza o preenchimento não identifica a importância da informação que está sendo transmitida, no quanto isso pode refletir na formação de ações para melhoria na qualidade da saúde de um certo local, mas esse preenchimento possui responsabilidade ética e jurídica para o médico que preenche (LUCENA et al., 2014).

Conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1779/2005 Artigo 1º (2005):

O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte. Portanto, o médico não deve assinar uma DO em branco ou deixá-la previamente assinada e ainda deve verificar se todos os itens de identificação estão corretamente preenchidos. O Código de Ética Médica também faz referência ao assunto no do Artigo 115º do é vedado ao médico deixar de atestar óbito do paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver suspeita de morte violenta.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Uma pesquisa é composta por diversas fases que vai desde a formulação do problema até a discussão dos dados. Para a realização de uma investigação científica é necessário buscar por metodologias científicas, buscando respostas para alguma coisa que traga benefícios para a prática de todos os envolvidos (LACERDA e COSTENARO, 2016).

Para ser possível a realização de uma pesquisa, é necessário realizar uma boa metodologia, a qual indica a escolha teórica feita pelo pesquisador para poder chegar ao resultado final atingindo os objetivos. Pesquisa científica é a realização de uma investigação planejada e desenvolvida de acordo com as normas da metodologia (LACERDA e COSTENARO, 2016).

3.1 Delineamento da Pesquisa

É uma pesquisa transversal descritiva de análise documental com abordagem quantitativa. Em uma pesquisa transversal as variáveis identificadas e as relações entre essas variáveis são consideradas em um determinado período de tempo (LACERDA e COSTENARO, 2016).

Os estudos transversais são normalmente utilizados e recomendados quando se deseja alcançar os resultados estimando a frequência com que um determinado evento de saúde ocorre em uma determinada população, a qual foi escolhida especificamente, além dos fatores que estão associados neste período (BASTOS e DUQUIA, 2013).

Pesquisas descritivas tem como objetivo descrever características de uma população, algum fenômeno ou experiência, podendo transmitir novas visões sobre uma determinada realidade. Neste tipo de pesquisa, é comum a utilização de técnicas para coleta de dados, como por exemplo a utilização de questionários e a observação sistêmica, onde fatos são observados, registrados e analisados e quem tá pesquisando não interfere na situação pesquisada (LACERDA e COSTENARO, 2016).

Análise documental é aquela que consiste no estudo de documentos buscando compreender circunstancias sociais e econômicas. Através da análise documental o pesquisador tem a oportunidade de coletar e analisar suas fontes de informação (JUNIOR et al., 2017).

3.2 Local da Pesquisa

A pesquisa será realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Santa Cruz, em Santa Cruz do Sul no interior do Rio Grande do Sul.

O HSC é centro de referência em Alta Complexidade Cardiovascular, Referência em Alta Complexidade em Traumatologia/Ortopedia – cirurgias eletivas e de urgência para os municípios que compõem a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (sede Cachoeira do Sul) e 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (sede Santa Cruz do Sul) e em gestantes de alto risco para a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, além de ser uma unidade de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. Em fevereiro de 2017, o Hospital apresentava o total de 232 leitos.

A Unidade de Terapia Intensiva neonatal dispõe de 8 leitos neonatais que atendem crianças de 0 a 28 dias de vida e prematuros e 2 leitos pediátricos para crianças de 29 dias a 12 anos de idade. A unidade foi criada no ano de 1997, e atualmente possui 22 técnicos de enfermagem, 4 enfermeiras e 10 plantonistas atuando no local.

3.3 Integrantes da Pesquisa

Os integrantes da pesquisa serão as crianças até um ano de idade que foram a óbito e suas mães nos últimos cinco anos (2013 – 2017) em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Santa Cruz, de Santa Cruz do Sul – RS.

3.3.1 Critérios de Inclusão

Foi utilizado como critério de inclusão as crianças que foram a óbito na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Santa Cruz de Santa Cruz do Sul - RS antes de completar um ano de idade, no período de 2013 à 2017, independente da causa ou circunstância. E como critério de exclusão as crianças com idade superior a um ano de vida ou nascidas posteriormente ao ano de 2017.

3.4 Tratamento dos Dados

A coleta dos dados será realizada a partir dos registros disponíveis no cenário da pesquisa, que será a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Santa Cruz

de Santa Cruz do Sul - RS, através da análise das fichas de investigação de óbitos infantis e fetal em menores de um ano disponíveis no sistema de registro.

Será elaborada uma planilha no software estatístico, SPSS versão 20.0 para sistematização dos dados coletados com as diversas variáveis a ser estudadas.

O software SPSS – Statistical Package for the Social Sciences teve origem em 1968 e é um programa fácil de ser utilizado e muito abrangente, tendo flexibilidade para diferentes naturezas e variáveis. Este programa possui diversos níveis de complexidade, de acordo com as necessidades de quem está utilizando (LAUREANO e BOTELHO, 2017).

Este software permite realizar análises estatísticas e gráficas, possibilitando a análise de banco de dados de qualquer tamanho, podendo ser montado os bancos de dados no próprio sistemas ou importado de outras planilhas, não existindo limitação do número de casos. Ou seja, o programa possibilita realizar todas as ações, como: a preparação dos dados para análise, análise estatística de dados e construção de gráficos de uma forma completa e facilitada (LAUREANO e BOTELHO, 2017).

3.5 Procedimentos Éticos e Técnicos

Para a realização dos procedimentos técnicos da pesquisa, será realizado contato com a Secretaria de Ensino e Pesquisa do local onde ocorrerá a coleta de dados, e após, a entrega do protocolo de solicitação para o desenvolvimento da pesquisa, resultando no aceite da instituição para ser possível realizar a coleta dos dados. (ANEXO A).

Posteriormente, após a autorização de elaboração da pesquisa, o projeto será direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul para aprovação. Após a aprovação pelo CEP, será dado início a coleta de dados, que será norteadas por um formulário fechado (ANEXO B) onde a pesquisadora coletará os dados disponíveis no cenário da pesquisa, no qual serão avaliados o perfil da mãe – faixa etária, cor/raça, escolaridade, acompanhamento do pré-natal, tipo de parto, tipo de gravidez, paridade e cidade de moradia e o da criança que veio a óbito até um ano de idade na Unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica do Hospital Santa Cruz – sexo, cor/raça, idade gestacional, peso ao nascer, apgar, período de óbito e diagnóstico.

Em função do presente estudo ser de caráter documental e não existir abordagem direta, entrevistas ou realização de quaisquer procedimentos com o público alvo do estudo, justifica-

se a dispensa de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C).

3.6 Divulgação dos Dados

Por meio de Artigo, os resultados desta pesquisa serão divulgados ao término do semestre letivo de 2018/2, por meio da defesa do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC). Desde então, serão realizadas as correções consideradas necessárias pelos professores da banca de avaliação e, posteriormente, será encaminhado para a publicação em revista científica da área.

4. ESTRUTURA PROVISÓRIA DO ARTIGO

1 INTRODUÇÃO

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

2.2 Objetivo específico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento da pesquisa

4.2 Local da pesquisa

4.3 Integrantes da pesquisa

4.4 Critérios de seleção

4.5 Tratamento dos dados

4.6 Procedimentos Éticos e Técnicos

4.7 Divulgação dos Dados

5 ANÁLISE DE DADOS

6 DISCUSSÃO DOS DADOS

6 CONCLUSÃO

7 CRONOGRAMA

8 ORÇAMENTO

9 REFERENCIAL TEÓRICO

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

5 CRONOGRAMA

Atividade	Período 2018/1 a 2018/2									
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Pesquisa de leitura					X	X	X	X	X	
Contato com a instituição					X					
Conclusão do projeto					X					
Apresentação ao Comitê de Ética					X					
Coleta dos dados							X	X		
Organização dos dados								X	X	
Análise e discussão dos dados								X	X	
Revisão final do artigo									X	
Apresentação pública										X

Professora Orientadora

Enf. Ingre Paz

Acadêmica de Enfermagem

Kauana Francine Alnoch

6 ORÇAMENTO

Título da pesquisa: Perfil de Mortalidade Infantil de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica de um Hospital escola do interior do Rio Grande do Sul.

Gestor financeiro: Ingre Paz.

Itens a serem financiados				
Especificações	Quantidade	Unidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Folhas A4	3	Pacote	R\$ 6,00	R\$ 18,00
Capas UNISC	3	Und.	R\$ 0,50	R\$ 1,50
Encadernações	3	Und.	R\$ 4,00	R\$ 12,00
Cartucho para impressora	2	Und.	R\$ 45,00	R\$ 90,00
Caneta marca texto	3	Und.	R\$ 2,50	R\$ 7,50
Caneta azul	3	Und.	R\$ 1,50	R\$ 4,50
Combustível	20	Litro	R\$ 4,49	R\$ 89,80
Valor total do Orçamento (R\$): 223,30				

Professora Orientadora

Enf. Ingre Paz

Acadêmica de Enfermagem

Kauana Francine Alnoch

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. A.; MORAES, M. S.; CUNHA, M. L. R. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. *Rev Esc Enferm. USP*, v. 50, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0122.pdf
- ALMEIDA, W. S. *Estimação da mortalidade infantil nos municípios brasileiros*. 2016. 182 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Epidemiologia), Fundação Oswaldo Cruz, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24976/2/123.pdf>
- ARANHA, V. J et al. Aperfeiçoamento das informações sobre mortalidade Infantil a partir da vinculação determinística de bases de dados: a coorte paulista de nascidos vivos de 2009. 2012. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/2003/1960>
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 23, n. 2, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2806-42422-2-PB.pdf>
- BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R.; A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública*, 2004. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102004000500003&script=sci_arttext&tlng=pt
- BORGES, Thalise Salas; VAYEGO, Stela Adami. Fatores de risco para mortalidade neonatal em um município na região sul. Jan-abr. 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21010/13146>
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS*. 2014. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_p_arto.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 306, de 28 de março de 2016*. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Humanização do pré-natal e nascimento*. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BELIZZI, S.; SOBEL, H.; BETRAN, A. P.; TEMMERMAN, M. *Early neonatal mortality in twin pregnancy: Findings from 60 low-and middle-income countries*. *J Glob Health*. Jun 2018. Disponível em: <http://jogh.org/documents/issue201801/jogh-08-010404.htm>

BEZERRA, A. C. L.; et al. Desafios Enfrentados por Mulheres Primigestas em Idade avançada. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 19, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/24335/15065>

BUSTAMANTE, T. F.; et al. Estudo dobre a mortalidade em UTI Neonatal de um Hospital Escola no Sul de Minas. *Revista Ciências em Saúde*, v. 4, n. 2, abr-jun 2014. Disponível em: http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/231/200

CAMPOS, D. A. *Identificação das causas evitáveis, que levaram à mortalidade fetal e de crianças menores de um ano no município de Angelândia – MG em 2013*. 2014. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/6242.pdf>

CARETI, C. M.; et al. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. *Rev Eletrônica de Enfermagem*. v.16, n.2, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20321/17252>

CARNIEL, C.Z; et al. Influência de fatores de risco sobre o desenvolvimento da linguagem e contribuições da estimulação precoce: revisão integrativa da literatura. *Rev CEFAC*, Jan/Feb. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462017000100109&script=sci_arttext

CARVALHO, M. S.; SANTANA, M. D. A.; OLIVEIRA, S. J. G. Educação Em Saúde Durante O Pré-Natal Com Foco Nos Cuidados Relacionados Ao Recém Nascido. *Cadernos de Graduação*, v. 3, n. 3, 2016. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/2932/1995>

CARVALHO, P. I; et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v16n3/v16n3a05.pdf>

CAVALCANTI, P. C. S.; et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n.4, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2013.v23n4/1297-1316/pt>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 1.779 de 2005*. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/200005 dez 2005, Seção I, p. 121. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779_2005.htm

COSTA, L. D.; et al. Perfil Epidemiológico de Gestantes de Alto Risco. *Cogitare Enferm.* V. 21, n. 2, 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192/28238>

COSTA, M. F. S.; JUNIOR, S. C. G; MAGLUTA, C. Análise da distribuição dos nascimentos com marcadores de gravidade em maternidades com unidade de terapia intensiva neonatal no Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde colet.* 26. Vol. 26 no.2 Rio de Janeiro. Apr/June 2018.

DALILI, H.; et al. Comparison of the Combined versus Conventional Apgar Scores in Predicting Adverse Neonatal Outcomes. *PlosOne*, v. 11, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752486/?tool=pubmed>

DATASUS, 2015. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cap16_3d.htm>. Acesso em: 15 abr 2018.

DATASUS. Ministério da saúde. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-tabcgi.exe?sim/cnv/inf10rs.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10rs.def)>. Acesso em: 17 mar. 2018.

DATASUS. Ministério da saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-tabcgi.exe?sim/cnv/inf10rs.def>>. Acesso em: 16 out. 2018.

DATASUS, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 15 abr 2018.

DEMITTO, M. O.; et al. Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. *Rev. Esc. enferm.* v 1. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342017000100409&script=sci_arttext&tlng=pt

DIAS, B. A. S.; NETO, E. T. S.; ANDRADE, M. A. C. Classificação de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões? *Cad. Saúde Pública*, v. 33, n. 5, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00125916.pdf>

DUTRA, I. R. *Vigilância do óbito fetal e infantil na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais*. 2015. 153 f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais, 2015. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-A48JYQ/izabela_rocha_dutra_silva.pdf?sequence=1

FANTIN, C.; et al. Estudo das anomalias cromossômicas ocorridas em uma maternidade nos anos de 2010 a 2014. *Cogitare Enferm.*, v. 22, n. 1, 2017. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/10/859809/48599-199001-1-pb.pdf>

FILHO, A. C. A. A.; et al. Mortalidade Infantil em uma Capital do Nordeste Brasileiro. *Enferm. Em Foco*, v. 15, 2017. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/888/366>

FRANÇA, E; LANSKY, S. Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas. In: *Anais Encontro Nacionais de Estudos Populacionais*, 16, 2008. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1763-5163-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1763-5163-1-PB%20(2).pdf)

FRIAS, P. G.; et al. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n.10, 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2008.v24n10/2257-2266/pt/>

GAIVA, M. A. M.; FUJIMORI, E.; SATO, A. P. S. Fatores de Risco maternos e infantis associados à mortalidade neonatal. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 25, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71447791018.pdf>

GARCIA JUNIOR; E. F.; MEDEIROS, S.; AUGUSTA, C. Análise documental: uma metodologia da pesquisa para a Ciência da Informação. *Cadernos NAMID*, v. 07, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/tematica/article/view/35383/18042>

GAVA, Caroline; CARDOSO, Andrey Moreira; BASTA, Paulo Cesar. Mortalidade infantil por cor ou raça em Rondônia, Amazônia Brasileira. *Revista de Saúde Pública*. 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/672/67249591025.pdf>

GOMES, M. A. L. *Mortalidade infantil em menores de um ano residentes em São Luís – MA*. 2014. TCC (Especialização em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/172985>

GOMES, R. N. S.; FILHA, F. S. S. C.; PORTELA, N. L. C. Avaliação da influência do abandono da assistência pré-natal na mortalidade fetal e neonatal. *Rev. fundam. care*, online, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5426/pdf_1

GUBERT, F. A.; et al. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. *Rev Rene*, v. 18, 2015. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1853/pdf>

JANTSCH, P. F., et al. Principais Características Das Gestantes De Alto Risco Da Região Central Do Rio Grande Do Sul. *Rev. Univates*, v. 9, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1534/1219>

JUNIOR, J. D. P.; et al. Perfil da mortalidade neonatal no município de Ubá/MG, Brasil (2008-2010). *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, jul-set 2016. Disponível em: <http://www.publicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/15739/>

JÚNIOR, J. D de P.; et al. Perfil da mortalidade neonatal no município de Ubá/MG, Brasil (2008-2010). *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. jul-set, 2016. Disponível em: <http://www.publicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/15739/10886>

KILSZTAJN, S.; et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Revista de Saúde Pública*, v. 10, n.3, 2003. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2003.v37n3/303-310/>

KROPIWIEC, M. V.; FRANCOA, S. C. F.; AMARAL, A. R. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 35, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4060/406053589006.pdf>

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org.). *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed., 2016.

- LANSKY, S.; et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, 2014. Disponível em:
https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf
- LAUREANO, R. M. S.; BOTELHO, M. C. *SPSS statistics: O meu manual de consulta rápida*. 3 ed. Silabo, 2017. Disponível em: http://www.silabo.pt/Conteudos/8865_PDF.pdf
- LI, F.; et al. The Apgar Score and Infant Mortality. *PlosOne*, v. 8, n.7, 2013. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3726736/?tool=pubmed>
- LIMA, L. C. Idade materna e mortalidade infantil: efeitos nulos, biológicos ou socioeconômicos? *Rev. Bras. Pop.*, Rio de Janeiro, v 27. Jan/jun 2010. Disponível em:
https://rebep.org.br/revista/article/view/126/pdf_120
- LISBOA, L.; et al. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região de Minas Gerais, Brasil, 1999-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* 24 (4) Oct-Dec 2015. Disponível em:
https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S2237-96222015000400711&script=sci_arttext&tlng=en
- LUCENA, L.; et al. Declaração de óbito: preenchimento pelo corpo clínico de um hospital universitário. *Rev. bioét.*, v. 22, n.2, 2014. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/html/3615/361533265014/>
- MARTINS, C. B de G.; BARCELON, A. A.; LIMA, F. C. A.; GAIVA, M. A. M. Perfil de morbimortalidade de recém-nascidos de risco. *Cogitare Enferm.* 2014 jan/mar.
- MARTINS, P. C. R.; PONTES, E. R.; HIGA, L. T. Convergência entre as Taxas de Mortalidade Infantil e os Índices de Desenvolvimento Humano no Brasil no período de 2000 a 2010. *Rev. Interações*, abr./jun. 2018. Disponível em:
http://www.interacoes.ucdb.br/article/view/1552/pdf_
- MAYOR, M. S. S.; et al. Avaliação dos Indicadores da Assistência Pré-Natal em Unidade de Saúde da Família, em um Município da Amazônia Legal. *Rev Cereus*. V. 10, n. 1. 2018. Disponível em:
<http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2079/636>
- MEZZOMO, M.; MORAES, A. B.; ZANINI, R. R. *Fatores de risco para a Mortalidade infantil em nascidos vivos na quarta coordenadoria regional de saúde do Rio Grande do Sul*. Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Informática e Estatística, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/185033/RT-INE2018-1.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- MOREIRA, K. F. A.; et al. Perfil e evitabilidade de óbito neonatal em um município da amazônia legal. *Cogitare Enferm*, 2017. Disponível em:
<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/868388/48950-206804-1-pb.pdf>

- MOTA, D. P. *Fatores de risco para o nascimento de recém-nascidos de baixo peso a termo em uma maternidade de referência de Salvador*. 2016. Monografia (Graduação em Enfermagem), Universidade Federal da Bahia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21320/1/DANIELA%20PROTASIO%20MOTA%20MONOGRAFIA.pdf>
- MOURA, E. R.; et al. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. *Revinter*, v. 8, n. 2, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/203-838-1-PB.pdf>
- NETTO, A.; et al. Mortalidade infantil: avaliação do programa rede mãe paranaense em regional de saúde do Paraná. *Rev. Enferm.*, 2017. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/10/859572/47634-194211-1-pb.pdf>
- OLIVEIRA, Conceição Maria de; et al. Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito. *Acta paul. enferm.* v. 29, n.3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000300282
- OLIVEIRA, R. R. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP*, v. 50, n. 3, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>
- OLIVEIRA, S. M. Mortalidade infantil e saneamento básico – ainda uma velha questão. *Anais Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 16, 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1760-5154-1-PB.pdf>
- PAES, N. A.; SILVA, A. S.; BRAGA, J. S. A qualidade das declarações de óbitos e sua relação com as condições de vida do semiárido brasileiro. *Anais Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 19, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2193-6438-1-PB.pdf>
- PESSINI, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. *Rev. bioét.*, v. 24, n. 1, 2016. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1190/1409
- POLGLIANE, Rúbia Bastos Soares et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 1999-2010, 2014. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2079/636>
- RAMOS, A. P.; OLIVEIRA, M. N. D.; CARDOSO, J. P. Prevalência de malformações congênitas em recém-nascidos em hospital da refe pública. *Rev. Saúde. Com.* 2008. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/Rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/81/449>
- RENNER, F. W.; et al. Avaliação do uso de drogas por gestantes atendidas em um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Epidemiol Control Infec*, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/6976/4997>

ROZANSKA, A; et al. Infections and risk-adjusted length of stay and hospital mortality in Polish Neonatology Intensive Care Units. *International Journal of Infectious Diseases* , v. 35, 2015. Disponível em: [http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(15\)00104-6/pdf](http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(15)00104-6/pdf)

SANTANA, I. P.; et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. *Acta Paul Enferm*, v. 24, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a17v24n4>

SANTIAGO, A. D.; et al. Morbidade Neonatal em unidade de Terapia Intensiva. *Actas de Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1977/1755>

SANTOS, E.P; et al. Mortalidade entre menores de um ano: análise dos casos após alta das maternidades. *Rev. Esc de Enf*, v. 50, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0390.pdf

SANTOS, H. F. L.; ARAUJO, M. M. Políticas de humanização ao pré-natal e parto: uma revisão de literatura. *Revista Científica FacMais*, v. 6, n. 2, 2016. Disponível em: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%C3%8DTICAS-DE-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-AO-PR%C3%89-NATAL-E-PARTO.pdf>

SANTOS, H. G.; et al. Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 19, n.3, 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000300907&script=sci_abstract&tlng=en

SARTORELLI, A. P.; et al. Fatores que contribuem para a Mortalidade Infantil utilizando a mineração de dados. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 10, n.1, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5879/3003>

SCARTON, J.; et al. Enfermagem: a morte e o morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. *Rev enferm*, v. 7, n. 10, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12219/14813>

SCHRADER, G. *Perfil Epidemiológico e evitabilidade dos óbitos ferais de mulheres residentes em um município da região sul do Brasil*. Monografia (Graduação em Enfermagem), Unisul, 2017. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/handle/12345/3048>

SILVA, E. S. A; PAES, N. A. Programa bolsa família e mortalidade infantil no Brasil: revisão integrativa. *Revista Holos*, v. 34, n. 01, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4836-17732-1-PB.pdf>

SILVA, V. A.; ESPERIDIÃO, F. Saneamento básico e seus impactos na mortalidade infantil e no desenvolvimento econômico da região Nordeste. *Scientia Plena*, v. 13, n.10, 2017. Disponível em: <https://scientiaplena.org.br/sp/article/view/3757/1855>

SIMÕES, Fernanda Monteiro Batista. Perfil sociodemográfico materno em pacientes near miss neonatal de uma maternidade de alto risco. Aracajú, 2018. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/7579/2/Fernanda_Monteiro_Batista_Sim%C3%B5es.pdf

TABILE, P. M.; et al. Características dos partos pré-termo em hospital de ensino no interior do Sul do Brasil: Análise de 6 anos. *Revista AMRIGS*, jul-set, 2016. Disponível em: http://www.amrigs.com.br/revista/60-03/02_1523_Revista%20AMRIGS.PDF

TEIXEIRA, G. A.; et al. Fatores de risco para a mortalidade neonatal na primeira semana de vida. *Revista Cuidado*, v. 8, n. 1, 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3943/pdf_1832

VIANNA, R. C. X. F. et al. Perfil da mortalidade infantil nas Macrorregionais de Saúde de um estado do Sul do Brasil, no triênio 2012–2014. *Revista de saúde pública do paraná*. V. 17, n. 2, 2016. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/282/1>

VIEIRA, M. S. M. *Natimortalidade no Brasil e Revisão Sistemática sobre os sistemas de classificação utilizados para o esclarecimento das causas do óbito fetal*. 2017. 201 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas), Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. Disponível em: <http://150.162.242.35/bitstream/handle/123456789/178327/347033.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WARD, J. L.; VINER, R. M. The impact of income inequality and national wealth on child and adolescent mortality in low and middle-income countries. *Rev. BMC Public Health*, 2017. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4310>

ANEXO
Carta de aceite da Instituição



Santa Cruz do Sul, 13 de junho de 2018

Prezados Senhores

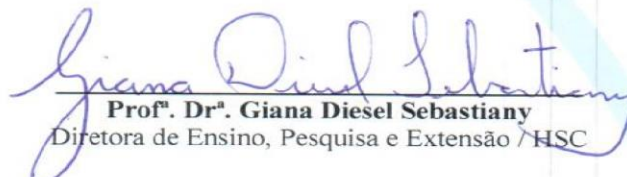
Declaramos para os devidos fins, conhecer o protocolo de pesquisa intitulado **“PERFIL DE MORTALIDADE INFANTIL DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL ESCOLA DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL”** desenvolvido pela aluna do Curso de Enfermagem - UNISC, **Kauana Francine Alnoch**, sob supervisão da **Profª. Ms. Ingre Paz**, bem como os objetivos e a metodologia do estudo proposto. Salientamos que publicações acerca dos dados obtidos no referido estudo devem ser previamente submetidos à análise da Instituição.

Afirmamos concordar com o parecer ético consubstanciado que será emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Atenciosamente,

Lis Spat
Enfermeira
COREN 69345

Enfª Lis Regina Spat
Coordenadora Ala Materno Infantil / HSC



Profª. Drª. Giana Diesel Sebastiany
Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão / HSC

ANEXO

TABELA 1: Dados Maternos

Variável	N	%
Faixa etária		
Menor de 20		
Entre 21 e 35		
Acima de 35		
Cor/Raça		
Branca		
Preta		
Parda		
Amarela		
Indígena		
Não identificado		
Escolaridade		
Fundamental incompleto		
Fundamental completo		
Ensino Médio incompleto		
Ensino Médio completo		
Superior incompleto		
Superior completo		
Não identificado		
Acompanhamento do Pré-Natal		
6 consultas ou mais		
Menos de 6 consultas		
Não realizou		
Não identificado		
Início do Pré-Natal		
Antes de 13 semanas		
Depois de 13 semanas		
Não realizou		
Não identificado		
Local de realização do Pré-Natal		
Atenção Básica		
Atenção Especializada		
Particular ou convênios		
Não realizou		
Não identificado		
Tipo de parto		
Vaginal		
Cesárea		
Tipo de Gravidez		
Única		
Múltipla		
Paridade		
Primípara		
Multípara		
Não identificado		
Cidade de moradia da gestante		
Santa cruz do Sul		
Outro		
TOTAL		

TABELA 2: Dados infantis

Variável	N	%
Sexo da criança		
Masculino		
Feminino		
Raça/cor		
Branca		
Preta		
Parda		
Amarela		
Indígena		
Não identificado		
Idade Gestacional		
Prematuridade extrema < 28 semanas		
Prematuridade acentuada de 28 a 31 semanas		
Prematuridade moderada de 32 a 36 semanas		
A termo > 36 semanas		
Peso ao nascer		
0 – 999g		
1kg – 1499g		
1500 – 2499		
2500 – 3999		
4kg ou mais		
Apgar no primeiro minuto		
Menor de 7		
Igual a 7		
Acima de 7		
Não identificado		
Apgar no quinto minuto		
Menor de 7		
Igual a 7		
Acima de 7		
Não identificado		
Período do óbito		
Neonatal precoce (0 – 6 dias)		
Neonatal tardia (7 – 27 dias)		
Pós neonatal (28 – 1 ano)		
TOTAL		

TABELA 3: Causa da Mortalidade

Variável	N	%
CID 10		
Doenças do aparelho respiratório		
Afecções originadas no período perinatal		
Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas		
Causas externas de morbidade e mortalidade		
Outras causas		
Classificação de Wigglesworth expandida		
Grupo 1		
Grupo 2		
Grupo 3		
Grupo 4		
Grupo 5		
Grupo 6		
Grupo 7		
Grupo 8		
Grupo 9		
Classificação de Evitabilidade conforme Wigglesworth expandida		
Evitável		
Não evitável		
TOTAL		

ANEXO

Justificativa de Ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

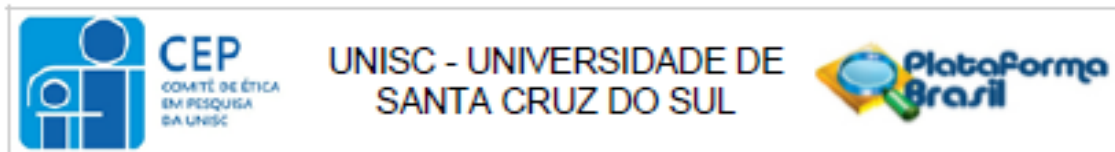
Este presente estudo tem como objetivo analisar as características dos óbitos de crianças menores de um ano internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Santa Cruz (HSC) na cidade de Santa Cruz do Sul, no Rio Grande do Sul, no período de 2013 à 2017.

Este estudo irá basear-se nos princípios da pesquisa transversal descritiva de análise documental com aplicação de formulário fechado, onde a coleta de dados será realizada a partir dos registros disponíveis no cenário da pesquisa, que será a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Santa Cruz de Santa Cruz do Sul – RS, através da análise das fichas de investigação de óbitos infantis e fetal em menores de um ano disponíveis no sistema de registro, sem a necessidade de realizar contato, entrevistas ou realização de quaisquer procedimentos com o público alvo do estudo.

Foi utilizado como critério de inclusão as crianças que foram a óbito na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Santa Cruz de Santa Cruz do Sul - RS antes de completar um ano de idade, no período de 2013 à 2017, independente da causa ou circunstância. E como critério de exclusão as crianças com idade superior a um ano de vida nascidas posteriormente ao ano de 2017.

Diante do exposto, é declarado a justificativa de ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ANEXO B
Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil de Mortalidade Infantil de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica de um Hospital escola do Interior do Rio Grande do Sul.

Pesquisador: INGRE PAZ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 93276318.4.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.809.267

Apresentação do Projeto:

Resumo:

A Mortalidade Infantil equivale a morte de crianças no primeiro ano de vida e é uma informação necessária para poder ser calculada a taxa de Mortalidade Infantil. É um indicador capaz de avaliar as condições e qualidade de saúde, desenvolvimento econômico e a qualidade de vida de uma população. (FILHO et al., 2017). O objetivo deste estudo é o de analisar as principais características maternas e infantis capazes de resultar em óbito infantil, traçando um perfil de mortalidade infantil na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica de um Hospital Escola. Identificar o perfil de mortalidade infantil em um determinado local possibilita avaliar de forma direta os maiores fatores de risco materno e infantil capazes de resultar no óbito, possibilitando possíveis intervenções e mudanças em relação ao cuidado. É uma pesquisa transversal descritiva de análise documental, que irá se basear em um formulário fechado e os dados serão coletados conforme os registros disponíveis no cenário da pesquisa através da análise das fichas de investigação de óbitos infantis e fetal em menores de um ano disponíveis no sistema de registro. Os integrantes da pesquisa serão as crianças até um ano de idade que foram a óbito e suas mães nos últimos cinco anos (2013 – 2017) em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Santa Cruz, de Santa Cruz do Sul – RS. Será elaborada uma planilha no software estatístico, SPSS versão 20.0 para sistematização dos dados coletados com as diversas variáveis a ser estudadas.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



CEP
COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA
DA UNISC

**UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL**



Continuação do Parecer: 2.809.267

Hipótese:

A Mortalidade Infantil tem uma relação significativa com a prematuridade e baixo peso;

A Mortalidade Infantil tem uma relação significativa com a Idade Gestacional;

Acredita-se que a maioria de mortes infantis será de mães com idades extremas (< 17 anos e > 35), de baixa escolaridade e com número de consultas de pré-natal menor que o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Metodologia Proposta:

É uma pesquisa transversal descritiva de análise documental. A pesquisa será realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Santa Cruz, em Santa Cruz do Sul no Interior do Rio Grande do Sul. Os integrantes da pesquisa serão as crianças até um ano de idade que foram a óbito e suas mães nos últimos cinco anos (2013 – 2017) em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Santa Cruz, de Santa Cruz do Sul – RS. Foi utilizado como critério de inclusão as crianças que foram a óbito na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Santa Cruz de Santa Cruz do Sul - RS antes de completar um ano de idade, no período de 2013 a 2017, independente da causa ou circunstância. E como critério de exclusão as crianças com idade superior a um ano de vida nascidas posteriormente ao ano de 2017. A coleta dos dados será realizada a partir dos registros disponíveis no cenário da pesquisa, que será a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Santa Cruz de Santa Cruz do Sul - RS, através da análise das fichas de investigação de óbitos infantis e fetal em menores de um ano disponíveis no sistema de registro. Será elaborada uma planilha no software estatístico, SPSS versão 20.0 para sistematização dos dados coletados

com as diversas variáveis a ser estudadas. Para a realização dos procedimentos técnicos da pesquisa, será realizado contato com a Secretaria de Ensino e Pesquisa do local onde ocorrerá a coleta de dados, e após, a entrega do protocolo de solicitação para o desenvolvimento da pesquisa, resultando no aceite da instituição para ser possível realizar a coleta dos dados. (ANEXO A). Posteriormente, após a autorização de elaboração da pesquisa, o projeto será direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul para aprovação. Após a aprovação pelo CEP, será dado início a coleta de dados, que será norteada por um formulário fechado (ANEXO B) onde a pesquisadora coletará os dados disponíveis no cenário da pesquisa, no qual serão avaliados o perfil da mãe – faixa etária, cor/raça, escolaridade, acompanhamento do pré-natal, tipo de parto, tipo de gravidez, paridade e cidade de moradia e o da criança que veio a óbito até um ano de idade na Unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica do Hospital Santa

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitário

CEP: 96.815-900

UF: RS

Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



CEP
COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA
DA UNISC

**UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL**



Continuação do Parecer: 2.809.267

Cruz – sexo, cor/raça, idade gestacional, peso ao nascer, apgar, período de óbito e diagnóstico. Em função do presente estudo ser de caráter documental e não existir abordagem direta, entrevistas ou realização de quaisquer procedimentos com o público alvo do estudo, justifica-se a dispensa de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Por meio de Artigo, os resultados desta pesquisa serão divulgados ao término do semestre letivo de 2018/2, por meio da defesa do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC). Desde então, serão realizadas as correções consideradas necessárias pelos professores da banca de avaliação e, posteriormente, será encaminhado para a publicação em revista científica da área.

Riscos:

As possíveis limitações do presente projeto poderão estar associadas na falta de informações necessárias para a pesquisa, tais como: características neonatais, características maternas, causas dos óbitos.

Benefícios:

Identificar as principais características maternas e infantis capazes de resultar em óbito infantil, propondo a instituição realizar medidas para reduzir esses dados futuramente.

Metodologia de Análise de Dados:

Será elaborada uma planilha no software estatístico, SPSS versão 20.0 para sistematização dos dados coletados com as diversas variáveis a ser estudadas. O software SPSS – Statistical Package for the Social Sciences teve origem em 1968 e é um programa fácil de ser utilizado e muito abrangente, tendo flexibilidade para diferentes naturezas e variáveis. Este programa possui diversos níveis de complexidade, de acordo com as necessidades de quem está utilizando (LAUREANO e BOTELHO, 2017). Este software permite realizar análises estatísticas e gráficas, possibilitando a análise de banco de dados de qualquer tamanho, podendo ser montado os bancos de dados no próprio sistema ou importado de outras planilhas, não existindo limitação do número de casos. Ou seja, o programa possibilita realizar todas as ações, como: a preparação dos dados para análise, análise estatística de dados e construção de gráficos de uma forma completa e facilitada (LAUREANO e BOTELHO, 2017).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as características dos óbitos de crianças menores de um ano internadas na Unidade de

Endereço: Av. Independência, nº 2293 - Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitário

CEP: 96.815-900

UF: RS

Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 2.809.267

Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital

Santa Cruz (HSC) na cidade de Santa Cruz do Sul, no Rio Grande do Sul no período de 2013 a 2017.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão claros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhum

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos solicitados estão Ok.

Os critérios de inclusão e exclusão foram incluídos, no projeto e no arquivo "informações básicas". Porém, no arquivo "informações básicas" estão expostos junto na metodologia e não em itens separados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1171787.pdf	19/07/2018 09:20:24		Aceito
Outros	carta_pendencia.pdf	19/07/2018 09:19:45	INGRE PAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_pronto.pdf	19/07/2018 08:56:15	INGRE PAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO_C_pdf_esse.pdf	19/07/2018 08:55:28	INGRE PAZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Acelite_hsc.pdf	02/07/2018 17:17:36	INGRE PAZ	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	02/07/2018 17:09:29	INGRE PAZ	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	02/07/2018	INGRE PAZ	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitário CEP: 96.815-900

UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51) 3747.7000

E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 2.809.267

Orçamento	Orcamento.pdf	17:07:58	INGRE PAZ	Aceito
Outros	Carta_do_Cep.pdf	02/07/2018 17:02:24	INGRE PAZ	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	02/07/2018 16:58:54	INGRE PAZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 09 de Agosto de 2018

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)

ANEXO C

Normas para Publicação em Revista Científica

A **Revista Baiana de Enfermagem (RBE)** é órgão de divulgação eletrônica científica, *mantida pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia*, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, bilíngue, *com publicação em fluxo contínuo (Rolling Pass)* e de acesso livre (CC-BY-NC), adota como método de avaliação de manuscritos o sistema *Double Blind Review*, sendo preservado o anonimato da(o)s autora(e)s e avaliadora(e)s.

Sua missão é publicar artigos originais de relevância teórica e/ou prática resultantes de pesquisas técnicas e científicas no campo da enfermagem, saúde, educação e áreas afins; contribuir com o avanço da profissão e da pesquisa científica no nível nacional e internacional e, propiciar espaços de reflexão e a internacionalização dos conhecimentos que envolvam questões da prática, do ensino e da pesquisa.

A produção intelectual e os conteúdos científicos da RBE com abordagens interdisciplinares sobre saúde servem aos usuários, pesquisadores, docentes, discentes e profissionais das áreas da saúde e educação e áreas afins.

A RBE foi criada em **1981**, atualmente tem, Classificação Qualis-Periódicos (Capes) B2 e utiliza o Digital Object Identifier (DOI®). *Com o objetivo de promover a internacionalização do nosso periódico, a RBE comprometida com os princípios da ética e da integridade científica condena fortemente o plágio e o autoplágio, utilizando o sistema de detecção do nível de similaridade (plágio), iThenticate, mediante convênio firmado pela ABEC. A RBE é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC) e está na coleção REV@ENF hospedada no Portal Scielo.*

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Artigos originais

Pesquisa original e inédita de natureza empírica, experimental, conceitual, com metodologia (qualitativa ou quantitativa), discussão e interface com a literatura científica

nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, ilustrações e referências).

Independente da categoria, os manuscritos para submissão à RBE devem ser preparados da seguinte forma:

- Arquivo do Microsoft® Office Word (*.doc ou *.docx).
- Papel A4 (210x297 mm) e margens de 2 cm em todos os lados.
- Fonte Times New Roman, tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), espaçamento de 1,5 entre as linhas em todo o texto (exceto para os resumos, ilustrações e referências, que devem ter espaçamento simples), parágrafos com recuo de 1,25 cm.
- As páginas devem ser numeradas na parte inferior direita, consecutivamente, até as Referências.
- O uso de negrito deve restringir-se ao título do artigo e das seções primárias (Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão) e as Referências do manuscrito.
- Itálico deve ser aplicado somente para destacar termos ou expressões escritas em idiomas diferentes do português, quando esta for a língua de origem.
- Os títulos das seções textuais – Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão – devem ter caixa alta somente na primeira letra, negrito, sem numeração e sem recuo à esquerda.
- Se necessário, é permitida a inclusão de subtítulos em algumas seções textuais, mantendo o mesmo formato do título da seção. Não é permitido o uso de excessivas subseções, palavras de grande extensão e em itálico, e marcadores do Microsoft® Office Word.
- Em caso de abreviações e siglas, na primeira menção, apresentar a descrição por extenso seguida da abreviatura entre parênteses. As abreviações somente deverão ser utilizadas no corpo do texto. Nas notas de rodapé não serão aceitas.
- O alinhamento do texto, incluindo as referências, deve ser justificado, de modo que o texto seja distribuído uniformemente entre as margens.
- As falas de participantes de pesquisas, com recortes das entrevistas, não devem constar entre aspas. Observar a seguinte estrutura: recuo de todo o parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples. As falas devem ser identificadas com codificação a critério

da(o)s autora(e)s, com sua identificação apresentada no final de cada uma, entre parênteses e sem itálico e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso de reticências entre colchetes. As interpolações devem constar dentro de colchetes (NBR 10520), em fonte normal, não usar itálico.

Exemplos:

Porque eu sei que, no momento que eu fizer o transplante, eu vou ficar de um a dois anos tomando remédio sem poder tomar nada [bebida alcóolica], sem poder fazer a metade do que eu faço agora. Eu prefiro ficar na máquina, vir aqui quatro horas, três vezes por semana, sai da máquina, chego em casa e tomo uma cerveja [risos]. (P2).

Comecei a fazer os exames, mas depois uns aparelhos não estavam funcionando, tinha que arrumar um dentista [...] O tratamento é caro. Aí eu fiquei bem desanimada. Aí eu parei [...] (P3).

- As citações numéricas dos autores (Vancouver) devem ser apresentadas no texto, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas. As Referências devem ser numeradas de acordo com a sequência em que as obras d(o)s autora(e)s foram citadas. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação.
- A numeração das citações deve ser consecutiva, de acordo com o sistema numérico, com algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número separados por hífen, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final, ex.: (1-4). Quando intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, sem espaço entre eles, ex.: (1-2,4). Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como “segundo ...”, “de acordo com ...”, entre outras.
- Nas citações de autores *ipsis litteris* (citação direta), com até três linhas, usar aspas iniciais e finais, sem itálico e inseri-las na sequência normal do texto. Nestes casos, o número da página deverá ser informado após o número da citação e dele separado por dois pontos, ex.: (1:35). Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).
- Não devem ser utilizadas citações diretas com mais de três linhas.

- Quando a citação estiver inserida no final do parágrafo ou da frase, o número que lhe corresponde deve ser colocado antes do ponto final; quando inserida ao lado de uma vírgula, deve constar antes dela. Não deve haver espaço entre o número da referência e a palavra ou pontuação que a antecede.
- Não inserir citações na seção Conclusão.
- Deve ser usado o mínimo de siglas e somente após terem sido citadas por extenso no texto; não usar siglas em títulos de artigo e de seção, no resumo, nas ilustrações e nas tabelas.

ESTRUTURA

A estrutura do manuscrito deve seguir a seguinte ordem:

Título

Deve refletir o objeto do estudo, ser conciso e compreensível. Possuir no máximo 15 palavras, no idioma de origem, em negrito e caixa alta. Não devem ser usadas abreviaturas e siglas.

Resumo

Redigido em parágrafo único, no idioma de origem do manuscrito (português, inglês e espanhol) com espaçamento simples entre linhas, contendo até 150 palavras no idioma do manuscrito. Estruturado em Objetivo(s), Método, Resultados e Conclusão, sem destacar essas expressões com negrito. Descrever a conclusão para responder ao(s) objetivo(s) do estudo. Não deve conter siglas ou abreviaturas não padronizadas internacionalmente.

As informações apresentadas devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados; jamais apresentar dados divergentes.

Para os artigos em português, os resumos em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen) serão exigidos apenas para os artigos que forem aceitos para a publicação na tradução do texto na íntegra. E para os artigos em outros idiomas após aceitos para a publicação serão exigidos o resumo e o texto na íntegra em português

Descritores

Usar três a seis descritores que identifiquem a temática do estudo, localizados logo após os resumos. Usar a terminologia descritores para os textos em português, descriptors em inglês e

descriptorios em espanhol. Devem ser extraídos do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) ou Medical Subject Headings (MeSH) elaborado pela National Library of Medicine (NLM).

Devem ser separados entre si por ponto e ter as primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa-alta, exceto artigos e preposições.

Introdução

Deve situar o tema da pesquisa enquanto objeto de relevância científica e social. Conter a problemática do estudo, objeto de estudo, justificativa, explicitação dos conceitos utilizados, justificar a importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

O texto deve apresentar nexo, sequência lógica e designação completa das siglas e abreviaturas de forma a preceder a primeira ocorrência destas no texto (a menos que se trate de uma unidade de medida padrão). O(s) Objetivo(s) deve(m) ser inserido(s) no final da Introdução e corresponder ao(s) do resumo.

Objetivo(s)

Deve(m) estabelecer a questão principal, hipóteses e/ou pressupostos e iniciar com o verbo no infinitivo.

Método

Deve ser adequado ao tipo e objeto de estudo proposto e descrever de forma clara, concisa e completa o tipo e a natureza da pesquisa, campo/lócus, população/amostra/participantes, critérios de inclusão e exclusão, período e procedimentos/materiais adotados na coleta de dados, instrumento(s) utilizado(s), análise e tratamento dos dados e aspectos éticos.

É necessário apresentar, em documento anexo, o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o número do CAEE obtido na plataforma Brasil e informar, no texto, sua condução

de acordo com os padrões éticos exigidos. Em caso de pesquisas realizadas em outros países, deverá ser enviado, em anexo, um documento comprobatório de obediência às normas equivalentes ao país de origem da pesquisa. Em se tratando de ensaio clínico, deve ser apresentado o número de identificação do estudo num dos sistemas de Registro de Ensaio Clínicos validados pela World Health Organization (WHO) e pelo ICMJE, e estar de acordo com as recomendações da BIREME, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e WHO sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados.

Resultados

Descrever os resultados sem discuti-los e sem citação de autores. Os resultados devem ser coerentes com o(s) objetivo(s) do estudo, apresentar nexos e sequência lógica. Caso sejam utilizadas ilustrações, devem ser inseridas no corpo do texto (máximo de cinco). Deste modo, deve ser exposta a descrição sumária dos principais resultados, sem repetir o inteiro teor do conteúdo das ilustrações e tabelas.

Discussão

A discussão deve ser apresentada separadamente dos resultados, admitindo-se exceção para estudos qualitativos, coerente com os resultados, ter argumentação pertinente e consistente, estar fundamentada nos conceitos/teoria/referencial adotados. O texto deve apresentar nexos e sequência lógica. Deve destacar os resultados e sua relação com a literatura nacional e internacional, ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas.

Não repetir em detalhes informações inseridas nas seções Introdução ou Resultados. Nos estudos experimentais, deve-se começar a discussão com um breve resumo dos principais achados e, na sequência, explorar as possíveis relações/explicações para esses resultados, comparando-os e contrastando-os com outros estudos relevantes nacionais e internacionais.

Ao final da Discussão, apresentar as limitações e contribuições do estudo.

Conclusão

Deve estar coerente com o objeto/questão norteadora, objetivo(s) e resultados do estudo, e limitar-se às evidências descritas no manuscrito. O texto deve apresentar nexos e sequência lógica.

Tabelas

As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular do IBGE, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>.

- Devem ter título informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto, localizado acima da tabela. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra N. Não deve ter ponto final.

Exemplo: Tabela 1 – Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, Bahia, Brasil, 2014. (N=209)

- Os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela.
- Devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e no fechamento na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.
- Usar a mesma fonte do texto (Times New Roman, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável e nas abreviaturas e siglas padronizadas.
- Não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla Enter, recuos utilizando a tecla Tab, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do Microsoft® Office Word e cores nas células.
- Evitar tabelas extensas.
- Tabelas muito curtas devem ser convertidas em texto.
- A legenda deve estar localizada após a linha inferior da tabela, restrita ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando os termos em caixa alta separados da descrição por dois pontos (ex.:

VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula. Usar fonte Times New Roman, tamanho 10. O teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda.

- Os conteúdos das colunas, complementar ao título, deve estar indicado no cabeçalho da tabela, sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros; citar a fonte abaixo da linha inferior da tabela ou abaixo da legenda (se existir). Ex.: Fonte: Elaboração própria.; Fonte: Datasus (2014); Fonte: Tuomi et al. (2011).

Ilustrações

É permitido o uso de gráficos, quadros, mapas, diagramas, fluxogramas, desenhos e fotografias entre outros.

- Devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto e não no final do manuscrito.
- As ilustrações devem possuir no máximo 17 cm no comprimento e não devem ser muito extensas.
- Devem estar inseridas logo após a primeira menção no texto, citadas com a inicial maiúscula e sequência numérica em algarismos arábicos, “Quadro 1”, sem parênteses quando inserida no contexto da frase “De acordo com a Quadro 1” e entre parênteses quando em formato de citação “não houve diferenças estatisticamente significantes (Quadro 1)”.
- Devem ser autoexplicativas e contribuir para a compreensão dos resultados.

Seguir as especificações a seguir:

Quadros

Os quadros devem ser apresentados conforme a norma da ABNT NBR 14724/2011 (Informação e documentação – Trabalhos Acadêmicos – Apresentação).

- Título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo do quadro, localizado na parte superior.
- Difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas.
- Mesma fonte do texto (Times New Roman, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais das variáveis; não usar abreviaturas e siglas, mesmo as padronizadas.

- Evitar quadros extensos.
- Quando o quadro não for de autoria própria deve ter a fonte citada abaixo do título. A legenda, se existir, segue o mesmo formato das tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.
- Quando o quadro for de autoria própria deve constar a expressão: Elaboração própria.

Gráficos

- Não devem repetir os dados representados nas tabelas.
- Título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior.
- Devem estar totalmente legíveis, nítidos e autoexplicativos.

Fotos/ Mapas

- Devem possuir alta resolução (mínimo de 900 dpi) e estar plenamente legíveis e nítidos.
- Se as fotos forem referentes a pessoas, devem ser tratadas para impedir que sejam identificadas.
- A forma de menção e o título seguem as mesmas orientações para os quadros.

Referências

Utiliza-se nessa seção o título “Referências” e não “Referências bibliográficas”. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Devem ser numeradas de acordo com a ordem numérica de citação do corpo do texto. Recuar as demais linhas da mesma referência, quando for o caso, de modo que fiquem alinhadas com a primeira letra da primeira linha.

As fontes citadas devem estar coerentes com o objeto do estudo e estritamente pertinentes ao assunto abordado. Em sua maioria, devem estar atualizadas (no mínimo 50% publicadas nos últimos 5 anos), de acordo com a literatura científica nacional e internacional. Sugere-se a citação de pelo menos 5 artigos referentes a estudos internacionais, os quais não incluem estudos brasileiros publicados na língua inglesa ou outro idioma diferente do português.

A RBE adota o estilo Vancouver para citação e elaboração de referências, disponível no endereço eletrônico (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>).

Os títulos dos periódicos internacionais devem ser abreviados de acordo com a List of Journals Indexed for MEDLINE, publicada anualmente, pela National Library of Medicine (<https://www.nlm.nih.gov/archive/20130415/tsd/serials/lji.html>).

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino- americanos, consultar o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://portal.revistas.bvs.br>). Deve-se eliminar os pontos das abreviaturas, com exceção do último ponto para separar do ano.

Para os Artigos Originais, devem ser utilizadas no máximo 25 referências. Nos Artigos de Revisão não há limite máximo de referências; deve-se observar o número de páginas para esta modalidade de artigo segundo as normas da RBE.

No caso de usar algum software de gerenciamento de referências (p. ex.: EndNote), deve-se convertê-las para texto.

Condições para submissão

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

Verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados no *Check List* antes da submissão do artigo no portal, com o objetivo de verificar a adequação às normas de Revista Baiana de Enfermagem (RBE) contidas nas Diretrizes para Autores.

O manuscrito ter contribuição original e inédita, e não está sendo avaliado para publicação por outro periódico; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".

O manuscrito não apresentar semelhanças com artigos ou outros trabalhos científicos já publicados. A RBE aceita a submissão de manuscritos de caráter inédito e original, condenando fortemente o plágio e o autoplágio.

Serão seguidas as diretrizes do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org/>).

Preencher corretamente o resumo da biografia dos autores nos metadados.

Anexar o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas que envolvam seres humanos ou animais.

Registrar e anexar o número/protocolo de registro do ensaio clínico na página de Identificação do manuscrito (folha de rosto) e em parágrafo do Método concernente aos aspectos éticos e legais.

Informar se existe alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses.

Remover toda forma de identificação de autoria do trabalho, no arquivo e na opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação Cega por Pares (Double Blind Review).

Informar URLs para as referências quando necessário.