

Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica

Curso de medicina

Perfil epidemiológico de óbitos neonatais e relação com o pré-natal em um hospital de Anápolis, Goiás

Adriano Martins Lino Filho,

Ana Luiza Corrêa Ribeiro Godoy,

Geovanny Martins Ribeiro Mota,

Lucas Bastos Aranha Alves,

Marcelo Barbosa Damasceno

Anápolis,

2018

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Curso de medicina

Perfil epidemiológico de óbitos neonatais e relação com o pré-natal em um hospital de Anápolis, Goiás

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de Iniciação Científica do Curso de Medicina da UniEVANGÉLICA, sob a orientação do professor Esp. Erasmo Eustáquio Cozac e co-orientação da professora Ms. Fabiane Alves de Carvalho Ribeiro

Anápolis,

2018

RESUMO

A mortalidade infantil é um tema amplamente discutido nas últimas décadas, sendo um importante preditor da qualidade de vida de uma população. Tendo em vista as faixas etárias da mortalidade infantil, os óbitos neonatais (entre 0 e 28 dias de vida) representam a maior parcela, em termos proporcionais, sendo responsável por cerca de 70% da mortalidade no primeiro ano de vida. O objetivo do presente trabalho é investigar as principais causas de óbito neonatal, relacionando-as com o pré-natal, registradas em uma maternidade de referência em Anápolis, Goiás. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo retrospectivo quantitativo, realizado com crianças nascidas vivas no Hospital Santa Casa da Misericórdia de Anápolis, Goiás, Brasil, nos anos de 2014 a 2017. A amostra foi obtida através da análise de 162 prontuários (n = 162) dos anos de 2014 a 2017. As principais causas de morte, em ordem decrescente, foram prematuridade associado à síndrome do desconforto respiratório, prematuridade extrema, malformação congênita e anóxia neonatal. Tais resultados permitem conhecer o perfil dos recém nascidos que evoluíram para óbito neonatal, expandindo o conhecimento dos profissionais de saúde na compreensão deste complexo fenômeno, que irá favorecer a qualificação da atenção pré-natal e a atenção ao recém nascido.

Palavras Chave: mortalidade neonatal, fatores de risco, assistência pré-natal.

ABSTRACT

Child mortality is a subject widely discussed in the last decades, being an important predictor of the quality of life of a population. Considering the age groups of infant mortality, neonatal deaths (between 0 and 28 days of life) represent the largest share, proportionally, accounting for about 70% of mortality in the first year of life. The objective of the present study is to investigate the main causes of neonatal death, related to prenatal care, recorded in a reference maternity unit in Anápolis-Goiás. This is an epidemiological retrospective quantitative study of children born alive at the Santa Casa da Misericórdia Hospital in Anápolis, Goiás, Brazil, from 2014 to 2017. The sample was obtained through analysis of 162 medical records (n=162) from 2014 to 2017. The main causes of death, in descending order, were prematurity associated with respiratory distress syndrome, extreme prematurity, congenital malformation and neonatal anoxia. These results allow us to know the profile of newborns who have evolved to neonatal death, expanding the knowledge of health professionals in the understanding of this complex phenomenon, which will contribute to the qualification of prenatal care and attention to the newborn.

Key-words: neonatal mortality, risk factors, prenatal care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	8
3. OBJETIVOS.....	13
4. METODOLOGIA	14
4.1 Tipo de estudo	14
4.2 Local de pesquisa	14
4.3 População e amostra	14
4.4 Critérios de inclusão	15
4.5 Critérios de exclusão.....	15
4.6 Desenho do estudo.....	15
4.7 Instrumentos de coleta de dados.....	15
4.8 Mecanismo de análise de dados	16
4.9 Aspectos éticos.....	16
5. RESULTADOS	17
6. DISCUSSÃO.....	27
7. CONCLUSÃO	29
8. BIBLIOGRAFIA	30
9. ANEXOS.....	33
10. APÊNDICES	35

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, têm-se observado uma importante queda da mortalidade infantil no Brasil e no mundo. No Brasil, constatou-se uma diminuição de 51 mortes por mil nascidos vivos em 1990 para 15 por mil nascidos vivos em 2015 (DEMITTO et al., 2017), correspondendo a uma redução de 70,5% da mortalidade infantil nos últimos 25 anos. Embora os números sejam animadores, os indicadores de óbitos no período neonatal têm apresentado um ritmo de queda menor do que o desejado (FRIAS., 2013). Tendo em vista as faixas etárias da mortalidade infantil, os óbitos neonatais (entre 0 e 27 dias de vida) representam a maior parcela, em termos proporcionais, sendo responsável por 70% da mortalidade no primeiro ano de vida. No mundo, essa taxa corresponde a 44% (DEMITTO et al., 2017).

A mortalidade neonatal é um tema de ampla complexidade e de difícil abordagem, já que não é causada por uma patologia específica, mas por diversas situações, que incluem tanto patologias biológicas quanto não biológicas, como condições socioeconômicas, qualidade do pré-natal, situação psicológica da família e condições de parto. É sabido que a falta de atenção básica à gestante durante o período gestacional é intrinsecamente relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil (NUNES et al., 2016). Gestantes que tiveram uma atenção pré-natal adequada apresentaram número menor de casos de complicações e os recém-nascidos obtiveram um crescimento dentro do esperado. Fato que comprova e corrobora para a forte relação entre assistência pré-natal e o bom desenvolvimento da criança (PARIS et al., 2013).

A mortalidade infantil é quantificada pela taxa de mortalidade infantil (TMI), de padrão internacional (LIMA., 2016). A TMI é definida como o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, ou seja, compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), neonatal tardio (7 a 27 dias de vida) e pós-neonatal (28 dias a 1 ano de vida) (BRASIL.,2008). Indica também, a probabilidade de a criança nascida viva naquela região vir a óbito no primeiro ano de vida (FRANÇA., 2016).

A redução dessa taxa é algo bastante preconizado pela Organização das Nações Unidas (ONU), que definiu esse objetivo como uma das principais metas do milênio, já que considera que uma baixa TMI reflete as condições de dignidade à vida de uma sociedade (ONU., 2000).

No Brasil, esse coeficiente vem apresentando declínio (NUNES et al., 2016), porém, em regiões de baixo desenvolvimento, esse índice ainda é alto. Essa redução se deve a uma maior e constantemente atualizada política pública de saúde, como melhorias dos serviços da atenção básica (pré-natal, parto e puerpério), o programa nacional de imunização (PNI), incentivo ao aleitamento materno e muitas outras (FRIAS., 2013).

Sabendo que a mortalidade neonatal é um importante preditor da qualidade de vida de uma população e que, em longo prazo, altos índices de mortalidade neonatal refletem em um desequilíbrio demográfico, psicológico e social e, sabendo que de acordo com o artigo 5º da Constituição Federal brasileira, todos desde que nascem tem direito à vida, é que este estudo verificará as causas de óbito neonatal, e suas circunstâncias, registradas no Hospital Santa Casa da Misericórdia de Anápolis – Goiás.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1.Mortalidade infantil

A mortalidade infantil tem como seu principal eixo de sustentação a mortalidade neonatal, sobretudo a precoce, correspondente ao período de 0 até o 6º dia de vida, sendo que grande parte dos óbitos ocorrem nas primeiras 24 horas. A mortalidade nesse período indica uma íntima relação com a atenção durante o pré-natal e o atendimento na sala de parto. De certo modo, os números encontrados no Brasil são insatisfatórios quando comparados aos de outros países, mesmo tendo 98,4% dos partos realizados em hospitais e 88,7% assistidos por médicos. Tal situação tem sido colocada como “Paradoxo perinatal brasileiro”, no qual se tem uma alta taxa de medicalizações durante o parto e o nascimento e os resultados da morbimortalidade materna e perinatal ainda altos. Levanta-se, então, a hipótese de que algumas práticas sejam obsoletas e iatrogênicas (LANSKY et al., 2014).

2.2. O pré-natal

A quantidade e a qualidade das consultas pré natais é de suma importância, visto que são nessas entrevistas que são identificados os riscos, patologias e realização de tratamentos adequados das gestantes. O Ministério da Saúde recomenda uma quantidade mínima de 6 consultas durante o pré-natal, sendo até a 28ª semana - mensalmente, 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente e 36ª a 41ª semana – semanalmente. Além disso, acrescenta que a primeira consulta deve ser preferencialmente no 1º Trimestre (captação precoce da gestante). Preconizam-se também, pelo Programa de Humanização no Pré-Natal, algumas intervenções que são realizadas no intuito de melhorar a assistência do pré-natal, incluindo orientações sobre amamentação, alimentação suplementar, imunização, entre outras, trazendo benefício às gestantes (NUNES et al., 2016).

A fim de prevenir, identificar e corrigir quaisquer anormalidades ou riscos que possam causar prejuízos à saúde materna ou fetal, são delimitados alguns exames laboratoriais: hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, glicemia em jejum, teste rápido para sífilis, teste rápido anti-HIV (vírus da imunodeficiência Humana), IgM e IgG para toxoplasmose, urocultura e EAS (exame de elementos e sedimentos anormais da urina), ultrassonografia obstétrica, aferição da pressão arterial, medida da altura uterina, palpação obstétrica, entre outros (BRASIL, 2012).

Em Goiás é realizado o teste da mamãe em que se rastreia, nas gestantes, sorologias para HIV/AIDS, toxoplasmose e rubéola, como preconiza o Ministério da Saúde. Além disso,

acrescenta Chagas, pela alta incidência em Goiás, Vírus T-Linfotrófico Humano (HTLV) 1 e 2, Hepatite B e Hepatite C, Citomegalovírus, Rubéola, devido as sequelas que o feto pode apresentar (GOMES FILHO et al., 2009).

A má qualidade do pré-natal ofertada à gestante tanto no serviço público quanto no privado pode provocar grandes consequências para o feto e para a mãe. As gestantes que foram captadas precocemente e que realizaram corretamente o pré-natal apresentaram um menor número de casos de complicações e os fetos tiveram um crescimento intrauterino adequado (PARIS et al., 2013). Isso demonstra que a relação entre o pré-natal e o bem-estar do recém-nascido é, indubitavelmente, complementar.

Para Borba et al. (2013), um grande fator de risco para esses óbitos neonatais seria as baixas condições socioeconômicas, englobando nesse fator as seguintes variáveis: baixa renda familiar, baixo grau de instrução materno, mães sem companheiro e até mesmo condições de saneamento precárias.

De fato, a literatura demonstra uma íntima relação entre mortalidade neonatal e condições maternas, porém, encontra-se uma relação ainda mais importante com as condições de assistência prestada durante os períodos gestacional, intraparto, pós parto e os cuidados imediatos prestados ao recém nascido (MARTINELLI et al., 2008).

2.3. Mortalidade neonatal e suas causas

Sabe-se que mais de 70% dos óbitos neonatais ocorrem por causas potencialmente evitáveis, destacando-se a inadequada atenção à gestante e ao recém-nascido (ROCHA et al., 2011). Outras variáveis de extrema importância, como baixo peso (< 2500g) e prematuridade (<37 semanas), estão associadas com um aumento exponencial da mortalidade neonatal.

Para fins de classificação e de comparação entre o peso ao nascer e o óbito do recém-nascido, têm-se (BRASIL, 2009):

- Recém-nascido com peso adequado (RNPA): RN com peso ao nascer entre 3000 e 3999 gramas;
- Recém-nascido de peso inadequado (RNPI): RN com peso ao nascer entre 2500 e 2999 gramas;
- Recém-nascido de baixo peso (RNBP): RN com peso ao nascer menor que 2.500 gramas;
- Recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP): RN com peso ao nascer menor que 1.500 gramas e;

- Recém-nascido de extremo baixo peso (RNEBP): RN com peso ao nascer menor que 1.000 gramas.

A escala de Apgar, que avalia a adaptação do neonato à vida extrauterina, também é uma importante variável quando se avalia a mortalidade neonatal. O escore ou índice de Apgar varia de 0 a 10 e avalia a frequência cardíaca, a respiração, o tônus muscular, a coloração e a irritabilidade reflexa da criança ao nascer. Existe consenso de que um índice de Apgar de 7-10 indica um neonato sadio, que possivelmente não necessitará de cuidados especiais. Quando menor que 7, é sinal de alerta para atenção especial (OLIVEIRA et al., 2012). Estudos apontam que o risco de óbito é 54 a 125 vezes maior quando o Apgar no 1º e 5º minuto for menor que 7 (GAÍVA et al., 2013).

De acordo com o CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), um ranking foi realizado com as 3 (três) principais causas de óbito em menores de 1 ano entre os anos de 1996 e 2007. Em primeiro lugar estão as afecções perinatais, em seguida as anomalias congênitas e, em terceiro lugar, as doenças do aparelho respiratório, antes ocupado por doenças infecciosas e parasitárias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE., 2003).

As afecções perinatais arcam com aproximadamente 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais (0 a 27 dias de vida), além de serem a primeira causa de morte em menores de 5 anos. Nesse grupo de causas, prevalecem a prematuridade e suas complicações – desconforto respiratório do recém-nascido ou doença da membrana hialina - e a enterocolite necrotizante. Todavia, grande parte dos óbitos neonatais pode ser prevenida, sendo, então, vinculada a causas que podem ser evitadas devido ao acesso e utilização dos serviços de saúde, qualidade da assistência ofertada durante o pré-natal, no parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2009).

Com a finalidade de analisar os óbitos satisfazendo os critérios mínimos de referência de investigação, algumas classificações de evitabilidade vêm sendo utilizadas. O principal foco é sistematizar e esclarecer fatores que contribuam para a mortalidade neonatal e infantil. Uma das classificações é a da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados que tem sido utilizada para óbito infantil no Brasil e traz 8 grupos de causas que são baseadas na causa de óbito infantil, de acordo com CID-10, para menores de cinco (BRASIL, 2009):

- Grupo 1 – Redutíveis por imunoprevenção;
- Grupo 2 – Redutíveis por adequado controle na gravidez;

- Grupo 3 – Redutíveis por adequada atenção ao parto;
- Grupo 4 – Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces;
- Grupo 5 – Redutíveis através de parcerias com outros setores;
- Grupo 6 – Não evitáveis;
- Grupo 7 – Mal definidas;
- Grupo 8 – Não classificadas / outras.

Outra classificação, proposta em 2007, que atende por Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, também dispõem os óbitos trazendo como referência grupamentos de causa básica, segundo o CID-10, entre menores de cinco anos de idade (MALTA et al., 2007):

1. Causas evitáveis
 - 1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção;
 - 1.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido;
 - 1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação;
 - 1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto;
 - 1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido;
 - 1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento;
 - 1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde.
2. Causas mal definidas
3. Demais causas (não claramente evitáveis)

Por último, há uma classificação que é aplicada em diversas nações do mundo e em algumas cidades brasileiras para óbito perinatal (fetais e neonatais precoces). Essa é a classificação de Wigglesworth que foi revista e expandida. Estabelece nove grupos de causas de óbitos e apresenta os principais grupos de causa de óbito infantil e fetal, considerando o peso ao nascer e a relação com as circunstâncias do óbito e o momento da assistência à saúde. Para formar os agrupamentos, utilizaram-se informações clínicas obtidas em prontuários e separados aqueles que poderiam ter sofrido interferência de serviços. Na classificação do Brasil, tendo como base a de Wigglesworth, foram feitas algumas mudanças como subdivisão do grupo de Infecções em infecções perinatal/materna e pneumonia, diarreia e outras infecções (MALTA et al., 2007):

- Grupo 1. Malformação congênita (grave ou letal / 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.

Tendo em vista todo o panorama dos óbitos neonatais, em que uma significativa parcela contempla causas potencialmente evitáveis, é de suma importância que seja ofertada uma assistência de qualidade durante os períodos pré, pós e intraparto, com recursos humanos e materiais que estejam disponíveis, incluindo equipamentos, medicações e uma equipe multiprofissional totalmente preparada para prestar uma assistência de qualidade à mãe e ao recém-nascido.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar as causas de óbito neonatal, e suas circunstâncias, registradas no Hospital Santa Casa da Misericórdia de Anápolis – Goiás.

3.2 Objetivos específicos

Investigar as principais causas de óbito infantil no período neonatal registradas no Hospital Santa Casa da Misericórdia de Anápolis (HSCMA), no período de 2014 a 2017;

Relacionar as causas de óbito neonatal com características maternas (idade materna; idade gestacional), características do neonato (sexo; peso ao nascer; apgar – 1º e 5º minuto) e fases de vida pediátricas específicas (neonatal precoce – 0 a 6 dias de vida ou neonatal tardio – 7 a 27 dias de vida);

Identificar as causas de óbito neonatal e relacionar com o número de consultas pré-natal.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo epidemiológico do tipo retrospectivo quantitativo, realizado com crianças nascidas vivas no Hospital Santa Casa da Misericórdia de Anápolis, Goiás, Brasil, nos anos de 2014 a 2017.

Os dados foram coletados pelos pesquisadores desde fevereiro até outubro de 2018, por meio do preenchimento de um instrumento construído baseado na ficha de investigação de óbito infantil e fetal (IF5) do Ministério da Saúde a partir do Livro de registros de ocorrência do próprio hospital, da Declaração de óbito e do prontuário da gestante. Todas as fontes de dados citadas estão disponíveis no Hospital Santa Casa da Misericórdia de Anápolis para análise.

4.2 Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Santa Casa da Misericórdia de Anápolis – Goiás.

4.3 População e amostra

A população estudada engloba as crianças nascidas vivas no Hospital Santa Casa da Misericórdia de Anápolis (HSCMA) que evoluíram a óbito no período neonatal (precoce ou tardio). A amostragem foi definida por conveniência a partir do número de óbitos neonatais registrados na HSCMA, a partir das certidões e documentos disponibilizados pelo serviço. Entende-se como óbito neonatal precoce, aqueles que ocorreram entre 0 e 6 dias de vida; neonatal tardio entre 7 e 28 dias; pós-natal de 28 dias a um ano de vida (período não contemplado neste estudo).

Em um levantamento prévio realizado junto à Santa Casa, verificou-se com o setor responsável que o número médio de óbitos neonatais corresponde a cerca de 40 casos anuais. Sendo assim, analisou-se o número de óbitos no período de 2014 a 2017, totalizando uma amostra de conveniência de 162 registros de óbitos infantis (40 média anual x 4 anos = amostra estimada de 160).

4.4 Critérios de inclusão:

Durante a coleta de dados, foram incluídos os óbitos do período neonatal que ocorreram na Santa Casa da Misericórdia de Anápolis, no período de 2014 a 2017, e que possuíam as informações necessárias para preenchimento do instrumento de coleta de dados que foi utilizada pelos pesquisadores.

4.5 Critérios de exclusão:

Foram excluídos os óbitos que ocorreram fora do período neonatal. Também não participaram do estudo, óbitos ocorridos antes de 2014 ou depois de 2017. Foram excluídos os óbitos cujas informações descritas no Livro de Registros e no Prontuário da Gestante não contemplaram o instrumento de coleta de dados que foi utilizado pelos pesquisadores.

4.6 Desenho do estudo

Foi solicitada uma autorização da Santa Casa da Misericórdia de Anápolis através da Declaração de Instituição Coparticipante. Após a autorização, foi feita a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e após a aprovação iniciou-se a coleta de dados na Santa Casa em uma sala reservada, onde foram analisados o Prontuário da Gestante, o Livro de registros de ocorrência do próprio hospital e a Declaração de Óbito. Os dados retirados se referem aos óbitos neonatais e suas características, pré-natal e informações da gestante.

4.7 Instrumentos de coleta de dados:

Foi construído um instrumento baseado na IF5, no qual é de suma importância para padronizar o processo de vigilância e traçar o perfil epidemiológico. Os dados coletados se referem a: Data de Nascimento do Neonato; Data de Óbito do Neonato; Peso ao Nascer (em gramas); Sexo do Neonato; Período Neonatal (precoce ou tardio); Idade da mãe (em anos); Número de Consultas de Pré-Natal; Apgar (1º e 5º minuto); Idade Gestacional; Tipo de Parto; Causa Básica do óbito.

4.8 Mecanismo de análise de dados

Os resultados são expressos como frequência absoluta e porcentagens. Para verificar a relação entre as variáveis categóricas (variável dependente causa óbito e variáveis independentes idade materna, número de consultas, sexo do recém-nascido, tipo de parto, APGAR, idade gestacional, período neonatal do óbito) foi utilizado o teste Qui-quadrado e quando necessário as correções de Likelihood Ratio. O valor considerado para p foi $< 0,05$. Os dados foram analisados no software StatisticalPackage Social Science (SPSS, versão 21.0).

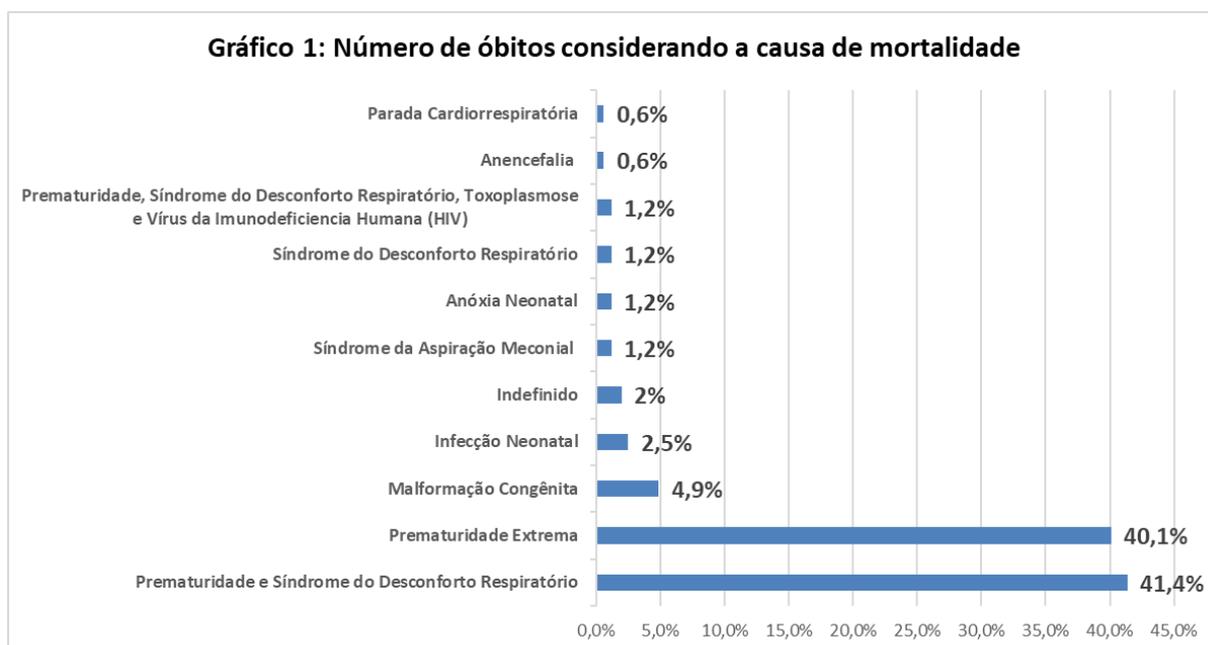
4.9 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao CEP da UniEvangélica e recebeu o parecer de aprovação número (CAAE) 80020117.7.0000.5076 (ANEXO I).

5. RESULTADOS

A amostra foi obtida através da análise de 162 prontuários dos anos de 2014 a 2017. Em relação às causas de óbito, várias foram elencadas, sendo descritas no Gráfico 1. A principal causa básica de morte foi prematuridade (PMT) associada à síndrome do desconforto respiratório (SDR), com 41,4% dos óbitos (67/162). Em seguida, Prematuridade Extrema (PMTE), totalizando 40,4% dos casos (64/162). A terceira principal causa de óbito neonatal foram as malformações congênitas, correspondendo a 4,9% dos casos (8/162). Em seguida, têm-se anóxia neonatal com 7 casos (4,3%) e infecções neonatais com 4 casos (2,5%). Com apenas 2 casos (1,2%), encontram-se: síndrome do desconforto respiratório e crise convulsiva; Prematuridade, síndrome do desconforto respiratório, toxoplasmose e Vírus da Imunodeficiência humana (HIV); Síndrome da Aspiração do Mecônio.

Por fim, estão as ocorrências em que a causa de óbito não pôde ser definida pela equipe de atendimento, sendo, então, classificadas como indefinidas, correspondendo a 2% da amostra (3/162).



Fonte: Autores.

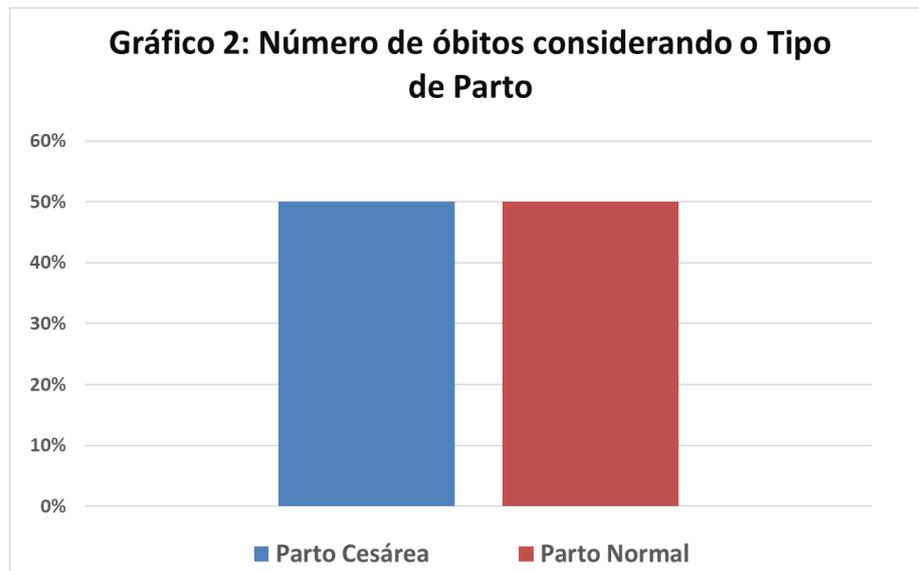
O peso do recém-nascido mostrou-se como um dos principais fatores para o óbito (Tabela 1). Do total, 43,8% nasceram com extremo baixo peso (<1000 gramas), representando a grande maioria da amostra. Em seguida, baixo peso (<2500 gramas) com 21,6% e muito baixo peso (<1500g) representando 19,8%. peso insuficiente (2500 a 2999 gramas) correspondeu a 7,4% dos casos, peso adequado (3000 a 3999 gramas) a 6,8% e, finalmente, peso > 4000 gramas, correspondendo a 0,6% da amostra.

O extremo baixo peso revela a principal causa de óbito desse grupo, a prematuridade extrema, com 77% dos (55/71) casos. Já a prematuridade associada à síndrome do desconforto respiratório como causa de óbito teve maior relevância nos grupos de muito baixo peso e baixo peso, com 25 e 23 ocorrências, respectivamente.

Tabela 1: Relação entre Causa Óbito x Classificação por peso (em gramas)							
Causa de óbito	Classificação por peso (em gramas)						TOTAL
	Extremo Baixo Peso (<1000g)	Muito Baixo Peso (<1500g)	Baixo Peso (<2500g)	Peso Insuficiente (2500 a 2999g)	Peso Adequado (3000 a 3999g)	Peso >4000g	-
Indefinido	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	3 (100%)
Prematuridade e Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR)	15 (22,4%)	25 (37,3%)	23 (34,3%)	3 (4,5%)	1 (1,5%)	0 (0,0%)	67 (100%)
Prematuridade Extrema	55 (84,6%)	6 (9,2%)	3 (4,6%)	0 (0,0%)	1 (1,5%)	0 (0,0%)	65 (100%)
Malformação Congênita	1 (12,5%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)	0 (0,0%)	8 (100%)
Síndrome da Aspiração Meconial	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)	0 (0,0%)	2 (100%)
Anóxia Neonatal	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (42,9%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)	0 (0,0%)	7 (100%)
Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)
Prematuridade, Síndrome do Desconforto Respiratório, Toxoplasmose e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)
Infecção Neonatal	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	2 (50,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)
Anencefalia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Parada Cardiorrespiratória	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (100%)
TOTAL	71 (43,8%)	32 (19,8%)	35 (21,6%)	12 (7,4%)	11 (6,8%)	1 (0,6%)	162 (100%)

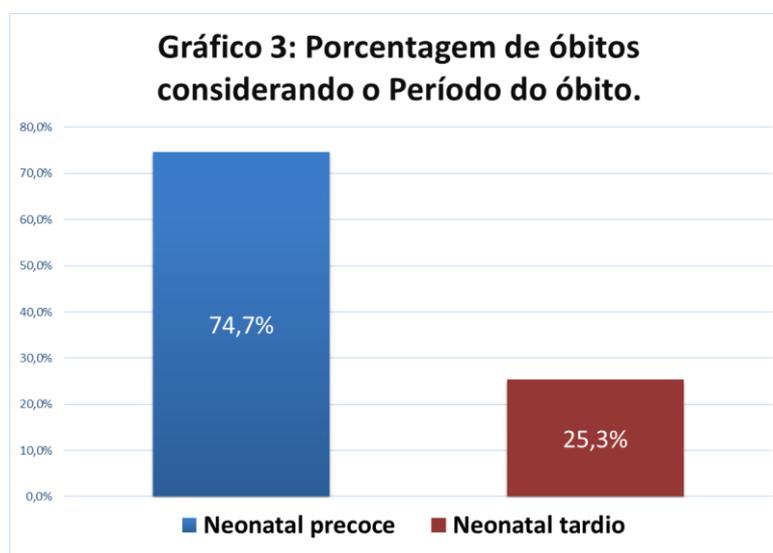
Fonte: Autores. p < 0,001.

No gráfico 2 está apresentada uma análise do tipo de parto, se cesárea ou normal. No presente estudo, constatou-se que não houve diferença entre as vias de partos no desfecho de óbito neonatal. Verificou-se que 50% dos partos foram normais, e 50% cesáreos, com 81 casos cada.



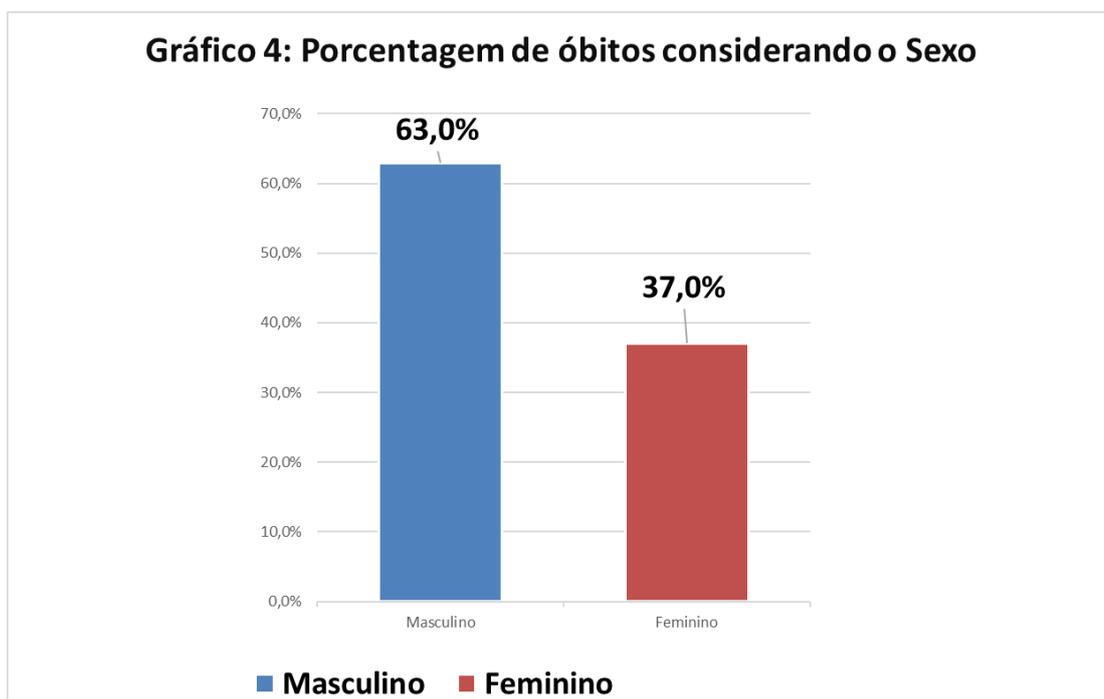
Fonte: Autores. N=162 (100%)

Analisou-se, também, o período do óbito. Destaca-se a maior proporção de óbitos ocorridos no período neonatal precoce (entre 0 e 6 dias de vida), com 74,7% dos casos (121/162), entretanto, sem diferença estatisticamente significativa (Gráfico 3).



Fonte: Autores. N=162 (100%)

Quanto ao sexo, não houve relação estatisticamente significativa com a mortalidade neonatal, porém destaca-se a maior proporção de óbitos do sexo masculino, correspondendo a 63% dos casos (102/162), seguido pelo sexo feminino, com 37% dos casos (60/162), demonstrados no gráfico 4.



Fonte: autores. N=162 (100%)

As Tabelas 2.1 e 2.2 relacionam as causas de óbito com o Apgar de 1º e 5º minuto, respectivamente. Na primeira, houve predomínio daqueles que receberam a pontuação 4-6 (34,6% dos casos), com grande contribuição da prematuridade extrema e prematuridade associada à síndrome do desconforto respiratório como causas básicas de óbito, ambas responsáveis por 37% dos casos.

Já na segunda tabela, houve alteração no cenário. A maior notoriedade ficou para o escore de 7-10, com 56% dos casos (91/162), com destaque para as mesmas causas do Apgar de 1º minuto.

Além disso, constata-se também mudança nas segundas posições das tabelas. Na tabela 2.1, um Apgar de 0-3 apresentou 49 óbitos (30,2% dos casos), ao passo que na tabela 2.2, vê-se que a pontuação 4-6 ficou em segundo lugar, com 24,7%, sendo a principal causa a prematuridade extrema em ambas, com 26 e 22 casos, respectivamente.

Vale ressaltar que no apgar de 1º minuto, o maior número de óbitos por prematuridade associada à síndrome do desconforto respiratório, com 27 ocorrências (40,3%), se encontra no escore de 7-10.

Tabela 2.1: Relação entre Causa Óbito x Apgar de 1º minuto					
Causa de óbito	APGAR de 1º Minuto				TOTAL
	0-3	4-6	07-10	11 (Indefinido)	-
Indefinido	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	3 (100%)
Prematuridade e Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR)	11 (16,4%)	25 (37,3%)	27 (40,3%)	4 (6,0%)	67 (100%)
Prematuridade Extrema	26 (40,0%)	24 (37%)	7 (10,8%)	8 (12,3%)	65 (100%)
Malformação Congênita	3 (37,5%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	8 (100%)
Síndrome da Aspiração Meconial	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)
Anóxia Neonatal	4 (57,1%)	2 (28,6%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	7 (100%)
Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)	0 (0,0%)	2 (100%)
Prematuridade, Síndrome do Desconforto Respiratório, Toxoplasmose e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)
Infecção Neonatal	1 (25,0%)	1 (25,0%)	2 (50,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)
Anencefalia	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Parada Cardiorrespiratória	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)
TOTAL	49 (30,2%)	56 (34,6%)	43 (26,5%)	14 (8,6%)	162 (100%)

Fonte: autores. $p < 0,048$.

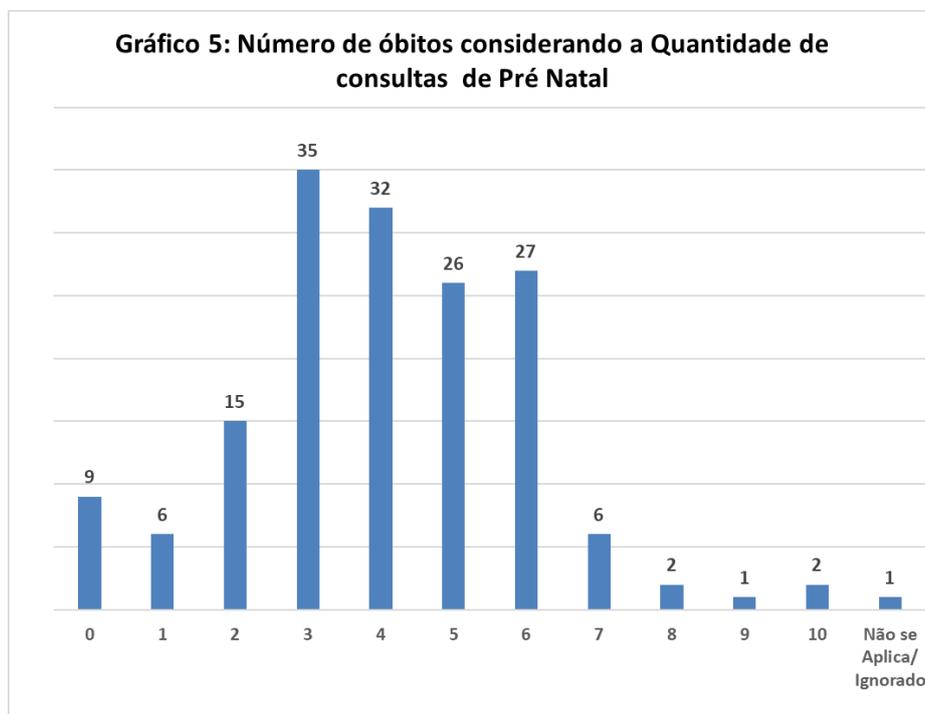
Tabela 2.2: Relação entre Causa Óbito x Apgar de 5º minuto

Causa de óbito	APGAR de 5º Minuto				TOTAL
	0-3	4-6	07-10	11 (Indefinido)	-
Indefinido	0 (0,0%)	1 (66,7%)	2 (33,3%)	0 (0,0%)	3 (100%)
Prematuridade e Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR)	2 (3,0%)	8 (11,9%)	53 (79,1%)	4 (6,0%)	67 (100%)
Prematuridade Extrema	9 (13,8%)	22 (33,8%)	25 (38,5%)	9 (13,8%)	65 (100%)
Malformação Congênita	1 (12,5%)	2 (25,0%)	4 (50,0%)	1 (12,5%)	8 (100%)
Síndrome da Aspiração Meconial	0 (0,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)
Anóxia Neonatal	3 (42,9%)	3 (42,9%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	7 (100%)
Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)	0 (0,0%)	2 (100%)
Prematuridade, Síndrome do Desconforto Respiratório, Toxoplasmose e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)	0 (0,0%)	2 (100%)
Infecção Neonatal	0 (0,0%)	2 (50,0%)	2 (50,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)
Anencefalia	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Parada Cardiorrespiratória	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)
TOTAL	16 (9,9%)	40 (24,7%)	91 (56,2%)	15 (9,3%)	162 (100%)

Fonte: autores. $p < 0,004$.

Em relação ao número de consultas do pré natal, observou-se que 76% (123/162) das gestantes realizaram menos que seis consultas, número mínimo de atendimentos preconizado pelo Ministério da Saúde (Gráfico 5).

Houve maior frequência de óbitos nas gestantes que realizaram 3 atendimentos, totalizando 21,6% dos casos (35/162). Em segundo lugar, estão as que realizaram 4 consultas (19,75%), seguido daquelas que efetuaram 6 consultas, 27 ocorrências (16,6%).



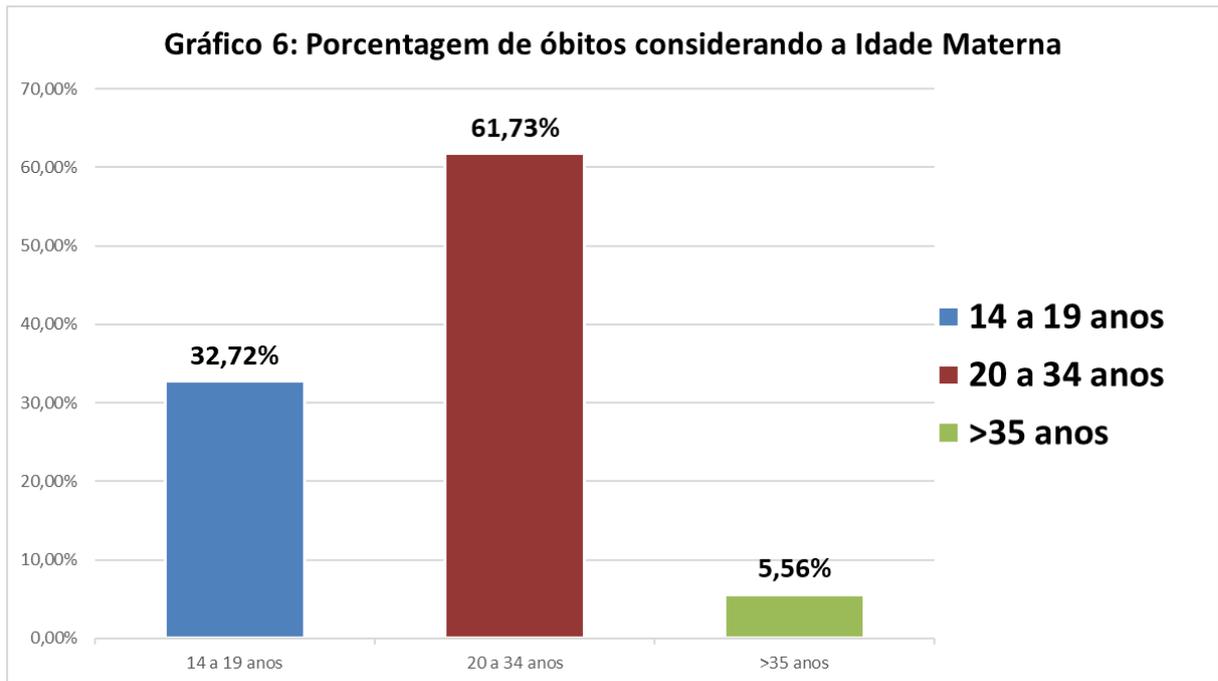
Fonte: autores. N=162 (100%)

Ao se comparar o número de óbitos com a idade gestacional (Tabela 3), verificou-se um predomínio no período inferior a 30 semanas, com 47% dos casos (75/162), o que revela a principal causa de óbito nesse período, a prematuridade extrema. Em seguida, está o intervalo de 30 a 33 semanas e 6 dias que, diferentemente da primeira, ocorreu maior concentração de casos na prematuridade associada à síndrome do desconforto respiratório, responsável por 81,8% (36/44) dos casos de óbito nesse período.

Tabela 3: Relação entre Causa Óbito x Classificação Idade Gestacional					
Causa de óbito	Classificação Idade Gestacional (em semanas)				TOTAL
	< 30 semanas	30 a 33 semanas e 6 dias	34 a 36 semanas e 6 dias	37 a 41 semanas e 6 dias	-
Indefinido	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100%)
Prematuridade (PMT) e Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR)	17 (25,3%)	36 (53,7%)	12 (18,0%)	2 (3,0%)	67 (100%)
Prematuridade Extrema	58 (89,2%)	5 (7,7%)	2 (3,1%)	0 (0,0%)	65 (100%)
Malformação Congênita	1 (12,5%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)	4 (50,0%)	8 (100%)
Síndrome da Aspiração Meconial	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)	2 (100%)
Anóxia Neonatal	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)	7 (100%)
Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)	2 (100%)
Prematuridade, Síndrome do Desconforto Respiratório, Toxoplasmose e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100%)
Infecção Neonatal	0 (0,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	2 (50,0%)	4 (100%)
Anencefalia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (100%)
Parada Cardiorrespiratória	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (100%)
TOTAL	76 (47,0%)	44 (27,1%)	19 (11,7%)	23 (14,2%)	162 (100%)

Fonte: Autores. $p < 0,001$.

No Gráfico 6, tendo em vista a idade materna no qual aconteceram os óbitos, vemos uma maior frequência entre a idade de 20 a 34 anos, 100 ocorrências (61,73%). Logo depois, está o período entre 14 a 19 anos, 32,72%. Por último, encontram-se as mães que apresentavam uma idade superior a 35 anos, 9 casos.



Fonte: Autores. N= 162 (100%)

6. DISCUSSÃO

Em relação aos recém-nascidos, constatou-se maior proporção do sexo masculino (63%) entre os óbitos, porém sem diferença estatisticamente significativa neste estudo. Entretanto, idade gestacional menor do que 37 semanas (prematuridade), baixo peso ao nascer, Apgar menor do que sete nos 1º e 5º minutos foram estatisticamente maiores entre os recém nascidos que foram a óbito. Em relação ao pré natal, destaque para a elevada proporção de mães com menos de seis consultas entre os recém-nascidos que foram a óbito (76%), porém não havendo relação estatística significante.

No presente trabalho, identificou-se como mais relevante determinante da mortalidade neonatal a prematuridade e suas complicações. Analisando as causas de óbito neonatal em outros estudos semelhantes realizados no Brasil, reafirma-se a prematuridade, seguida por anormalidades congênitas, mudando a prevalência de cada uma de acordo com o tipo de região analisada. A asfixia surge como terceira causa, na grande maioria dos estados (KASSAR et al., 2013).

A prematuridade e o baixo peso ao nascer são os principais fatores descritos na literatura associados à mortalidade infantil (SOARES et al., 2013). Lansky (2014) traz que os prematuros extremos e aqueles com extremo baixo peso ao nascer possuem chance 200 a 300 vezes maior de morrer nos primeiros 28 dias de vida. Tal relação pode ser confirmada com os resultados obtidos nesse estudo, uma vez que o baixo peso ao nascer, intrinsecamente relacionado com a prematuridade, foram juntos os fatores mais determinantes nos óbitos. Embora o baixo peso ao nascer e o nascimento pré-termo resultem de uma complexa rede de determinantes, tais como condições socioambientais e antenatais da saúde materna, a ocorrência desses eventos, com destaque para os óbitos neonatais precoces, está intimamente atrelada à qualidade da atenção pré-natal e durante o trabalho de parto (BRASIL., 2009).

Em comparação com outras cidades do país, o Hospital de Referência em Anápolis-GO apresenta uma taxa menor de mortalidade por muito baixo peso, o que configura a cidade como um centro de referência para atendimento obstétrico (LANSKY et al., 2014).

Quase sempre acompanhada da prematuridade, a Síndrome do Desconforto Respiratório é definida por dificuldade respiratória causada devido à imaturidade dos alvéolos (estrutura sacular responsável pela troca entre oxigênio e gás carbônico na hemácia), da baixa produção

de surfactante (líquido que facilita as trocas gasosas no pulmão) endógeno e, dentre outros, da imaturidade da musculatura das vias aéreas, que faz com que o bebê tenha dificuldades para respirar após o nascimento; sendo, muitas vezes, necessário adotar a ventilação mecânica (VM) associada com a administração de mais surfactante exógeno para evitar que o quadro se agrave (JÚNIOR et al., 2014).

Sendo assim, como ocorre geralmente devido à formação incompleta da estrutura pulmonar, está intimamente relacionada à prematuridade e, conseqüentemente, relacionada ao baixo peso do RN ao nascer, fato comprovado na literatura e de acordo com o presente estudo.

Sanders et al. (2017) trouxeram que quanto menor o escore de Apgar, maior a chance de morte nesse grupo etário, já que o Apgar interpreta o sofrimento fetal. Existe consenso de que um escore entre 7 e 10 significa uma criança sadia, que provavelmente não terá problemas futuros. Quando < 7 , é sinal de alerta para atenção especial. Além disso, é parcialmente dependente da maturidade do concepto. Sabendo disso, o presente trabalho caminha ao encontro da literatura sobre o tema, visto que 64% dos neonatos com Apgar de 1º minuto < 7 evoluíram a óbito (Tabela 2.1), tendo como principal causa a prematuridade extrema. Já o Apgar de 4-6 divide-se entre prematuridade extrema e prematuridade associada à SDR, condição também causada pela formação incompleta dos órgãos do RN (OLIVEIRA et al., 2012).

Apesar do consenso existente de que o Apgar entre 7-10 provavelmente afastaria o risco de problemas futuros, pode acontecer de os RN com esse escore virem a óbito, o que ocorre justamente devido à principal frequência da tabela, descrita nos resultados, que corresponde à prematuridade com SDR.

Avaliando o tipo de parto, normal ou cesáreo, houve um empate com 50% cada, não havendo relação estatisticamente significativa com o desfecho estudado. É consenso entre muitos autores que o parto cesáreo é fator de proteção em relação à gestação de alto de risco, sendo considerado procedimento relevante para reduzir a mortalidade infantil (SANDERS et al., 2017). Entretanto, deve-se considerar que o parto normal, em uma gravidez que não seja de risco, representaria um dos maiores responsáveis pela redução da mortalidade infantil. (PARIS et al., 2014). No presente estudo, a porcentagem difere um pouco da média nacional, que é cerca de 55,5% de cesáreas e 45,5% de partos normais. Essa maior quantidade de partos via cesárea deve-se principalmente à rede privada (BRASIL., 2017).

Analisando o período do óbito, destaca-se neste estudo o período neonatal precoce, que representou 74,7% das mortes, o que reafirma a correlação de grande parte dos óbitos neonatais com a assistência antenatal e intra-parto. Há também que se considerar que o período neonatal precoce é mais suscetível a óbitos por se tratar de um grupo de neonatos muito comprometidos, que nascem em precárias condições, como os prematuros extremos e aqueles com malformações incompatíveis com a vida (FRIAS et al., 2013).

De modo semelhante, pesquisas realizadas em outras cidades do país também revelaram que parcela significativa dos óbitos neonatais seria reduzível, apontando como principal fator a adequada atenção à mulher durante a gestação, no parto e ao recém nascido (ROCHA et al., 2011). A mudança no perfil da mortalidade é complexa e exige uma série de melhorias que vão desde a maior identificação das gestantes de risco, até o planejamento familiar, que atua de forma preventiva nos índices explanados.

7. CONCLUSÃO

O estudo identificou o perfil dos óbitos neonatais ocorridos em uma maternidade de referência em Anápolis, Goiás e fatores associados. Associaram-se à mortalidade neonatal, a prematuridade, o baixo peso e a escala de Apgar menor do que 7 no 1º e igual a 7-10 no 5º

minuto. Tais achados sugerem a necessidade de melhoria na qualidade da atenção pré natal e a importância de investimentos na assistência ao parto no município. Tendo em vista o papel da mortalidade neonatal na mortalidade infantil, é de extrema importância que causas evitáveis de morte neste período sejam reduzidas através de informações e ações multidisciplinares que estejam fortemente embasadas cientificamente, capazes de aprimorar o conhecimento dos profissionais de saúde quanto à compreensão deste complexo fenômeno, a fim de qualificar a atenção pré natal e a atenção ao recém-nascido.

8. BIBLIOGRAFIA

BORBA, Graciela Gonsalves et al. Fatores associados à morbimortalidade neonatal: um estudo de revisão. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 40, n. 1, p.9-14, nov. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Indicadores básicos para saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**; 2008. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf. Acesso em: 01 set. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. 2a ed. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**; 2009. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em: 22 set. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**; 2012. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 03 set. 2017.

DE OLIVEIRA, Tatiana Gandolfi et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein (16794508)**, v. 10, n. 1, 2012.

DEMITTO, Marcela de Oliveira et al. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017. FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. **Anais**, p. 1-29, 2016.

MARTINELLI, IONARA B.; NUNES, MAGDA LAHORGUE. Determinantes da mortalidade neonatal de uma coorte de nascidos vivos em Passo Fundo–RS, 2003-2004 Determinants of neonatal mortality in of born-alive infants in Passo Fundo–RS. **Revista da AMRIGS**, v. 52, n. 2, p. 97-102, 2008.

FRIAS, Paulo Germano de et al. Correção de informações vitais: estimação da mortalidade infantil, Brasil, 2000-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 1048-1058, 2013.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; BITTENCOURT, Rossana Marchesi; FUJIMORI, Elisabeth. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 4, p. 91-97, 2013.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; FUJIMORI, Elizabeth; SATO, Ana Paula Sayuri. Mortalidade neonatal: análise das causas evitáveis [Neonatal mortality: analysis of preventable causes]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 247-253, 2015.

GOMES FILHO, Clidenor et al. Triagem pré-natal ampliada: Teste da mamãe. **Vita et Sanitas**, v. 3, n. 1, p. 101-109, 2017.

JÚNIOR, Fábio Jorge de Melo do Nascimento et al. A síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido: fisiopatologia e desafios assistenciais. **Caderno de Graduação**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 189-198, nov. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/1836/1054>>. Acesso em: 29 set. 2018.

KASSAR, Samir B. et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **Jornal de pediatria**, v. 89, n. 3, p. 269-277, 2013.

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S192-S207, 2014.

LIMA, Jaqueline Costa; DE LIMA LEMOS, Patrícia. Mortalidade infantil na saúde coletiva: algumas reflexões/Infant mortality in collective health: some thoughts/Mortalidad infantil en la salud colectiva: algunas reflexiones. **JOURNAL HEALTH NPEPS**, v. 1, n. 2, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 4, p. 233-244, 2007.

MOREIRA, Mayrene Dias de Sousa; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; BITTENCOURT, RossanaMarchese. Mortalidade neonatal: características assistenciais e biológicas dos recém-nascidos e de suas mães. **CogitareEnferm.**, Cuiabá, v. 1, n. 17, p.113-118, 29 fev. 2012.

NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, 2016.

PARIS, Gisele Ferreira; MARTINS, Priscilla Martha; PELLOSO, Sandra Marisa. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Rev bras ginecol obstet**, p. 447-452, 2013.

ROCHA, Rogéria et al. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 114-120, 2011.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico de óbitos neonatais e relação com o pré-natal em um Hospital de Anápolis

Pesquisador: ERASMO EUSTAQUIO COZAC

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80020117.7.0000.5076

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.422.258

Apresentação do Projeto:

TODAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE PARECER FORAM RETIRADAS NA ÍNTEGRA DOS DOCUMENTOS PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1034127.pdf E Projetodepesquisa.docx

10. APÊNDICES

10.1 APÊNDICE 1

FICHA DE ANÁLISE DE ÓBITOS NEONATAIS				
Data de nascimento do Neonato	/ /			
Data de óbito do Neonato	/ /			
Peso ao Nascer do Neonato				gramas
Sexo	Masculino		Feminino	
Período do Óbito Neonatal	Precoce		Tardio	
Idade da Mãe (em anos)				
Número de Consultas de Pré-Natal				consultas
Tipo de Parto				
Apgar	1º minuto		5º minuto	
Idade Gestacional				
Causa Básica de óbito				