

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



Prevenção e Promoção de Saúde 3

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



Prevenção e Promoção de Saúde 3

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P944	Prevenção e promoção de saúde 3 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Prevenção e promoção de saúde; v. 3) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-829-8 DOI 10.22533/at.ed.298190912 1. Política de saúde. 2. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série. CDD 362.1
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” é uma obra composta de onze volumes que apresenta de forma multidisciplinar artigos e trabalhos desenvolvidos em todo o território nacional estruturados de forma à oferecer ao leitor conhecimentos nos diversos campos da prevenção como educação, epidemiologia e novas tecnologias, assim como no aspecto da promoção à saúde girando em torno da saúde física e mental, das pesquisas básicas e das áreas fundamentais da promoção tais como a medicina, enfermagem dentre outras.

Sabemos que fatores genéticos, sociais, ambientais e condições derivadas de exposição microbiológica, tóxica etc., determinam diretamente a ocorrência e distribuição dos processos de saúde-doença. Deste modo averiguar a distribuição das doenças e seus determinantes é um processo chave para a prevenção e promoção da saúde.

Nesse terceiro volume o leitor poderá observar estudos como da avaliação da frequência ou distribuição das enfermidades, assim como os fatores que explicam tal distribuição, assim tanto aspectos epidemiológicos descritivos quanto analíticos serão abordados como eixo central dos trabalhos aqui apresentados.

Deste modo, a coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” apresenta uma teoria bem fundamentada seja nas revisões, estudos de caso ou nos resultados práticos obtidos pelos pesquisadores, técnicos, docentes e discentes que desenvolveram seus trabalhos aqui apresentados. Ressaltamos mais uma vez o quão importante é a divulgação científica para o avanço da educação, e a Atena Editora torna esse processo acessível oferecendo uma plataforma consolidada e confiável para que diversos pesquisadores exponham e divulguem seus resultados.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A OCORRÊNCIA DE ENFERMIDADES NA CLÍNICA MÉDICA DO INSTITUTO JORGE VAITSMAN	
Adriana Lúcia Souza Netto Serpa	
Vera Cardoso De Melo	
Andrea Ribeiro De Castro	
José Augusto Almeida Pereira	
Luiza Helena Mendes Fagundes de Souza	
DOI 10.22533/at.ed.2981909121	
CAPÍTULO 2	6
ASPECTOS POPULACIONAIS E AMBIENTAIS ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DAS ARBOVIROSES NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA, RORAIMA	
Pedro Victor Correa Trindade	
Jessyana Gomes Vieira	
Gracielli Nonato Barbosa	
Allaelson dos Santos de Moraes	
Caroline Barbosa Moura	
Yuri Ferreira dos Santos	
Iran Barros de Castro	
Isabella Maravalha Gomes	
Nathalia Bittencourt Graciano	
Ana Iara Costa Ferreira	
Bianca Jorge Sequeira Costa	
Leila Braga Ribeiro	
Julio Cesar Fraulob Aquino	
Wagner do Carmo Costa	
Fabiana Nakashima	
DOI 10.22533/at.ed.2981909122	
CAPÍTULO 3	15
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS, DEMOGRÁFICAS, DE USO DE DROGAS E DE SAÚDE DE PESSOAS QUE USAVAM CRACK: INFORMAÇÕES PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE EM MUNICÍPIO AO NORTE DO BRASIL	
Aldemir Branco Oliveira-Filho	
Elizá do Rosário Reis	
Francisco Junior Alves dos Santos	
Fabricio Quaresma Silva	
Gilda de Kassia Moreira Reis	
Nadilene Araujo Veras de Brito	
Gláucia Caroline Silva de Oliveira	
Emil Kupek	
DOI 10.22533/at.ed.2981909123	
CAPÍTULO 4	32
CARACTERIZAÇÃO DE MULHERES BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA QUANTO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA, TABAGISMO E ETILISMO	
Raquel Bezerra de Abreu	
Marina de Paula Mendonça Dias	
Andressa Freire Salviano	
Mítia Paiva Mota	
Anna Carolina Sampaio Leonardo	
Viviane Lopes Tabosa	
Katia Moreira Magalhães	
Daniela Vasconcelos de Azevedo	

CAPÍTULO 5 38

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

Rayssa Hellen Ferreira Costa
Nadia Maia Pereira
Gerson Tavares Pessoa
Kauana Stephany Sousa da Silva
Clara Maria Leal Soares
Maria Josefa Borges
Eulália Luana Rodrigues da Silva
Natália Borges Guimarães Martins
Jéssica Maria Santana Freitas de Oliveira
Luã Kelvin Reis de Sousa
Lexlanna Aryela Loureiro Barros
Maise Campêlo de Sousa
Kevin Costner Pereira Martins
Mateus Henrique de Almeida da Costa
Hyan Ribeiro da Silva

DOI 10.22533/at.ed.2981909125

CAPÍTULO 6 47

DIFICULDADES DOS IDOSOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS DIANTE DA INSULINOTERAPIA

Estéphany Aimeê de França Pinheiro
Luciene Corado Guedes

DOI 10.22533/at.ed.2981909126

CAPÍTULO 7 60

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA E CONTROLE DA INFECÇÃO POR CHIKUNGUNYA NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Iran Barros de Castro
Isabella Maravalha Gomes
Nathalia Bittencourt Graciano
Jessyana Gomes Vieira
Gracielli Nonato Barbosa
Allaelson dos Santos de Morais
Caroline Barbosa Moura
Yuri Ferreira dos Santos
Pedro Victor Correa Trindade
Ana Iara Costa Ferreira
Bianca Jorge Sequeira Costa
Leila Braga Ribeiro
Julio Cesar Fraulob Aquino
Fabiana Nakashima

DOI 10.22533/at.ed.2981909127

CAPÍTULO 8 75

DOR E DESCONFORTO EM AGENTES DE COMBATE A ENDEMIAS DE GUANAMBI-BA

Janne Jéssica Souza Alves
Suelen Oliveira
Paula Keeturyn Silva Santos

DOI 10.22533/at.ed.2981909128

CAPÍTULO 9 87

EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Alina Maria Núñez Pinheiro
Jéssica Silva Lannes
Karmelita Emanuelle Nogueira Torres Antoniollo
Isabella Aparecida Silva Knopp
Mateus Romão Alves Vasconcelos
Ibella Aparecida Cabral Marinho Plens
Maria Salete Bessa Jorge

DOI 10.22533/at.ed.2981909129

CAPÍTULO 10 98

HANSENÍASE NA REGIÃO NORTE DO BRASIL: AVALIANDO A PREVALÊNCIA E A INCIDÊNCIA DE SUAS COMPLICAÇÕES

Maiza Silva de Sousa
Georgia Helena de Oliveira Sotirakis
Armando Sequeira Penela
Maria das Graças Carvalho Almeida
Widson Davi Vaz de Matos
Gabriela Pixuna Dias
Pedro Lucas Carrera da Silva
Stefany Ariany Moura Braga
Priscila Rodrigues Tavares
Karla Karoline da Silva Brito
Michelly Maria Lima da Conceição
Glenda Rafaela Sales dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.29819091210

CAPÍTULO 11 109

PERFIL CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO INTERIOR MARANHENSE NO PERÍODO DE 2013 A 2017

Adriane Mendes Rosa
Bárbara de Araújo Barbosa Sousa
Gabriella Marly Pereira de Jesus
Iara Leal Torres
Gleciene Costa de Sousa
Helayne Cristina Rodrigues
Francilene de Sousa Vieira

DOI 10.22533/at.ed.29819091211

CAPÍTULO 12 122

PERFIL DA MORTALIDADE PERINATAL NO MUNICÍPIO DE CALDAS NOVAS-GOIÁS NO PERÍODO DE 2010 A 2013

Tatiana Rodrigues Rocha
Gislene Cotian Alcântara
Marco Aurélio Gomes Mendonça
Rita de Cassia Marques Machado

DOI 10.22533/at.ed.29819091212

CAPÍTULO 13 135

PERFIL DE INTERNAÇÕES POR DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO EM PERNAMBUCO (2008-2016)

Ana Gabriela da Silva Botelho
Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão
Rebeca Coelho de Moura Angelim

Fátima Maria da Silva Abrão

DOI 10.22533/at.ed.29819091213

CAPÍTULO 14 145

PERFIL DE MARCADORES BIOQUÍMICOS E HEMATOLÓGICOS DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE: ESTUDO TRANSVERSAL EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORDESTE DO PARÁ

Paula Cristina Rodrigues Frade
Ana Caroline Costa Cordeiro
Andreia Polliana Castro de Souza
Carlos Falken Sousa
Luísa Caricio Martins
Aldemir Branco de Oliveira-Filho

DOI 10.22533/at.ed.29819091214

CAPÍTULO 15 154

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VITÍMAS DE VIOLÊNCIA ATENDIDOS NO SETOR CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

Fernanda Silva Galdino
Elanielle Gonçalves da Silva e Souza
Maria do Desterro Menezes Rufino
Wemerson Neves Matias

DOI 10.22533/at.ed.29819091215

CAPÍTULO 16 160

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE DOENÇAS NEGLIGENCIADAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NO BRASIL COM ANÁLISE DOS INVESTIMENTOS GOVERNAMENTAIS NESTA ÁREA

Francisco das Chagas Araújo Sousa
Hiago Vêras Araújo Soares
Natália Monteiro Pessoa
Érika Vicência Monteiro Pessoa
Diógenes Monteiro Reis
Luis Euripedes Almondes Santana Lemos
Augusto Cesar Evelin Rodrigues
Francisco Laurindo da Silva
Evaldo Hipólito de Oliveira
Roseane Mara Cardoso Lima Verde

DOI 10.22533/at.ed.29819091216

CAPÍTULO 17 169

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INTERNADOS EM CARÁTER DE URGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR - BA

Samuel Gomes Cardoso
Paulo Eduardo Dias Lavigne
Renato Macêdo Teixeira de Queiroz
José Victor Dias Lavigne
Vitor Brandão Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.29819091217

CAPÍTULO 18 177

PERSPECTIVA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM HEMODIÁLISE SOBRE SEU CUIDADOR

Gabriela Antoni Fracasso
Marcela Cristina Enes
Ricardo Augusto de Miranda Cadaval
Ana Laura Schliemann

CAPÍTULO 19	189
RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO NO BRASIL EM 20 ANOS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	
Áquila Matos Soares	
Laiane Meire Oliveira Barros	
Artur Guilherme Holanda Lima	
Meiriane Oliveira Barros	
Artur Diniz de Brito Martins	
Ryuji Santiago Hori	
Paulo William Moreira da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.29819091219	
CAPÍTULO 20	197
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE QUEIMADOS EM UMA UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE	
Regina Ribeiro de Castro	
Rosana Mendes Bezerra	
Alexsandra dos Santos Ferreira	
Sarah Sandres de Almeida Santos	
DOI 10.22533/at.ed.29819091220	
CAPÍTULO 21	207
SOBREPESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUA RELAÇÃO COM O STATUS SOCIOECONÔMICO	
Afrânio Almeida Barroso Filho	
Edite Carvalho Machado	
Ítalo Barroso Tamiarana	
Ivna Leite Reis	
Karmelita Emanuelle Nogueira Torres Antoniollo	
Lorena Alves Brito	
Marcela Braga Sampaio	
Marcelo Feitosa Veríssimo	
Francisco José Maia Pinto	
DOI 10.22533/at.ed.29819091221	
CAPÍTULO 22	212
TRIAGEM OFTALMOLOGICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO PROJETO ABC NO BAIRRO BARCELONA EM SOROCABA-SP	
André Maretti Chimello	
Rafael Nogueira Quevedo	
DOI 10.22533/at.ed.29819091222	
SOBRE O ORGANIZADOR	221
ÍNDICE REMISSIVO	222

PERFIL DA MORTALIDADE PERINATAL NO MUNICÍPIO DE CALDAS NOVAS-GOÍÁS NO PERÍODO DE 2010 A 2013

Tatiana Rodrigues Rocha

Universidad Americana, Py

Gislene Cotian Alcântara

Secretaria Municipal de Saúde de Caldas Novas,
GO

Marco Aurélio Gomes Mendonça

Secretaria Municipal de Saúde de Caldas Novas,
GO

Rita de Cassia Marques Machado

Secretaria Municipal de Saúde de Caldas Novas,
GO

RESUMO: Esse estudo tem como objetivo analisar o perfil da Mortalidade Perinatal no município de Caldas Novas – Goiás no período de 2010 a 2013, de acordo com os determinantes proximais (biológicos), intermediários (assistenciais) e distais (socioeconômicos), conforme informações DATASUS/SIM-SINASC. A pesquisa se desenvolveu em dois momentos, inicialmente foi descritiva, retrospectiva com corte transversal e análise quantitativa com dados secundários e, para associação da mortalidade perinatal com as variáveis do estudo utilizou-se desenho transversal analítico. Os participantes do estudo compreenderam a 4498 nascimentos totais, representados por 52 óbitos fetais e 4446 nascidos vivos dos quais 43 vieram a óbito no período neonatal precoce.

Calcularam-se as taxas de mortalidade perinatal e fetal/1000 nascimentos e a taxa de mortalidade neonatal precoce por 1000 nascidos vivos e, para verificar a significância das variáveis utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson com nível de significância 5%, o mesmo foi utilizado ainda para testar as diferenças entre proporções. Quanto aos determinantes, as variáveis que apresentaram associação foram: determinantes proximais (peso ao nascer, idade gestacional, tipo de gestação e idade materna); determinantes intermediários (tipo de parto, momento do óbito em relação ao parto e o local de ocorrência do óbito); determinantes distais (escolaridade materna). Conclui-se que a taxa de mortalidade perinatal permaneceu elevada e que o predomínio do componente neonatal precoce nos últimos dois anos do estudo demonstrou mudança no perfil da mortalidade perinatal no município, indicando necessidade de melhorias na qualidade da assistência ao pré-natal e nascimento.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade perinatal. Mortalidade fetal. Mortalidade neonatal precoce. Coeficiente de mortalidade.

PERINATAL MORTALITY PROFILE IN THE MUNICIPALITY OF CALDAS NOVAS-GOÍÁS

ABSTRACT: This study aims to analyze the profile of Perinatal Mortality in the municipality of Caldas Novas - Goiás from 2010 to 2013, according to the proximal (biological), intermediate (assistance) and distal (socioeconomic) determinants, according to information from DATASUS / SIM -SINASC. The research was developed in two moments, initially descriptive, retrospective with cross-sectional and quantitative analysis with secondary data and, for the association of perinatal mortality with the variables of the study, an analytical transverse design was used. The study participants comprised 4498 total births, represented by 52 fetal deaths and 4446 live births of which 43 died in the early neonatal period. The perinatal and fetal mortality rates / 1000 births and the early neonatal mortality rate per 1000 live births were used to verify the significance of the variables using the Pearson Chi-square test with a significance level of 5%. The same was used to test the differences between proportions. Regarding the determinants, the variables that showed association were: proximal determinants (birth weight, gestational age, type of gestation and maternal age); intermediate determinants (type of delivery, time of death in relation to delivery and place of death); distal determinants (maternal schooling). It is concluded that the perinatal mortality rate remained high and that the predominance of the early neonatal component in the last two years of the study showed a change in the perinatal mortality profile in the municipality, indicating the need for improvements in the quality of prenatal and birth care.

KEYWORDS: Perinatal mortality. Fetal mortality. Early neonatal mortality. Coefficient of mortality.

1 | INTRODUÇÃO

A preocupação com a mortalidade perinatal é observada desde 1940, recomendando-se conjuntamente a análise dos períodos fetal tardio (idade gestacional a partir de 28 semanas de gestação) e o neonatal precoce (de 0 a 6 dias de vida), com o propósito de identificar ações de saúde apropriadas para sua redução e como consequência a redução da mortalidade infantil (LAURENTI; BUCHALA, 1997).

A definição atual de perinatal refere-se ao período fetal, com o início de 22 semanas completas de gestação ou 154 dias, e ao período neonatal precoce que se inicia ao nascer e vai até os 7 dias completos depois do nascimento, ou seja, de 0 a 6 dias de vida (BRASIL, 2009).

Enquanto a mortalidade infantil é um importante indicador das condições de vida de uma sociedade, a mortalidade perinatal é considerada como indicador para a análise da qualidade da assistência obstétrica e neonatal (LANSK et al, 2002).

Por sua incontestável importância em saúde pública, a mortalidade perinatal necessita de estudos epidemiológicos tanto para avaliação de sua magnitude e variações no tempo, como também para reconhecer seus determinantes e indicar as intervenções adequadas (FONSECA; COUTINHO, 2004).

O interesse em realizar o estudo referente ao tema Mortalidade Perinatal, partiu do preceito de que município acompanha a tendência de queda da Mortalidade Infantil e estabilização do Coeficiente de Mortalidade Perinatal. Assim sendo, o assunto é de grande relevância em saúde pública, pertinente ao desenvolvimento de trabalhos acadêmicos e conveniente ao exercício profissional.

Diante dessas circunstâncias levantou-se a hipótese de que a mortalidade perinatal em Caldas Novas relaciona-se a fatores de risco relativos aos determinantes proximais (biológicos), intermediários (assistenciais) e distais (socioeconômicos) e o objetivo geral de analisar o perfil da mortalidade perinatal no município de Caldas Novas – GO, no período de 2010 a 2013, de acordo com os determinantes proximais (biológicos), intermediários (assistenciais) e distais (socioeconômicos) conforme informações dos bancos de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, o qual compreende dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC.

2 | REVISÃO DA LITERATURA

As estatísticas de mortalidade são consideradas os melhores indicadores para detectar os problemas de saúde da população. São utilizadas para comparações entre países ou regiões de um mesmo país e também para avaliar a evolução de saúde no tempo em um mesmo país ou região (LAURENTI et al, 2013).

A informação é um dos meios de maior importância para a vigilância em saúde. O conjunto intitulado “informação-decisão-ação” resume-se na ação a ser executada pela vigilância epidemiológica. A base para gestão dos serviços é sem dúvida a informação, pois norteia a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das intervenções na prevenção e controle de doenças. Desse modo, é de extrema importância que essas informações sejam precisas e que represente de forma confiável toda informação em saúde (BRASIL, 2007).

A ocorrência dos óbitos perinatais encontra-se vinculada à capacidade de desempenho dos serviços de saúde e à qualidade de atenção médica. Por esse motivo, são considerados como eventos sentinela (SILVA et al 2010). Esses acontecimentos são significativos problemas de saúde pública, compartilham causas identificáveis e suscetíveis às ações de prevenção, como as associadas à

ocorrência de baixo peso ao nascer e prematuridade (JACINTO et al, 2013).

A mortalidade perinatal é um evento raro nos países desenvolvidos, mas comum e ainda pouco valorizado nos menos desenvolvidos, nos quais se concentra a quase totalidade dessas mortes. Tem destaque devido à maior participação do componente neonatal precoce da mortalidade infantil, como também pela disponibilidade de intervenções efetivas de custo-benefício comprovadas e capazes de impactar positivamente na redução dessas mortes (WHO, 2006).

Fonseca e Coutinho (2004) levantaram que os determinantes proximais da mortalidade perinatal estão relacionados com as variáveis biológicas da mãe, do feto e do recém-nascido constituindo as causas diretas dos óbitos perinatais. Os determinantes intermediários são aqueles capazes de interferir nos fatores de risco biológicos, sendo representados pela assistência pré e perinatal, história reprodutiva e hábitos de vida maternos. Referente aos determinantes distais da mortalidade perinatal, os fatores socioeconômicos são considerados os mais importantes, devido a sua capacidade de influenciar resultados dos fatores biológicos e interferir nos determinantes intermediários dificultando o acesso à assistência adequada para a gestante durante o pré-natal e nascimento da criança e para o recém-nascido.

No Brasil, as causas de óbito fetal têm sido pouco estudadas, apesar de apresentarem relevância no direcionamento de medidas de prevenção em saúde pública. Assim, o estudo da natimortalidade e das variáveis que possam estar associadas a ela, tornam-se pertinentes para o estabelecimento de políticas de saúde que visem à redução do evento bem como a melhor condução de recursos (NURDAN et al, 2003).

Em virtude da redução das mortes do componente pós-neonatal (28 dias a < 1 ano) na mortalidade infantil a partir da década de 90 aumentou o peso relativo das mortes ocorridas no período neonatal (0 a 27 dias de vida) (LANSCK et al, 2002). A mortalidade neonatal passou a corresponder a mais de 60% da mortalidade infantil na segunda metade da década de 90, ocorrendo maior concentração desses óbitos nos primeiros dias de vida (0 a 6 dias) (LANSCK et al, 2002; CARVALHO e GOMES 2005).

Aquino et al (2007) destaca a importância de se aprofundar o conhecimento sobre a determinação da mortalidade perinatal, o qual permite identificar as causas e os fatores de risco, possibilitando intervenções dirigidas a sua redução.

As Taxas de Mortalidade Infantil são geralmente classificadas em: altas (50 ou mais por mil nascidos vivos), médias (20 – 49 por mil nascidos vivos), baixas: menos de 20 por mil nascidos vivos (OPAS, 2002).

3 | METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa desenvolveu-se em dois momentos. Inicialmente foi descritiva, com corte transversal e análise quantitativa com dados secundários e, após essa primeira fase, para associação da mortalidade perinatal com as variáveis do estudo utilizou-se desenho transversal analítico. A estatística descritiva foi utilizada para demonstrar os coeficientes de mortalidade perinatal e seus componentes fetal e neonatal precoce por ano e variável.

Para analisar o perfil da mortalidade perinatal em Caldas Novas no período de 2010 a 2013, foram levantados inicialmente a frequência absoluta e o coeficiente de mortalidade perinatal (número de óbitos fetais e neonatais precoces por 1.000 nascidos vivos e mortos), com seus dois componentes: coeficiente de mortalidade fetal (número de óbitos fetais por 1.000 nascidos vivos e mortos) e coeficiente de mortalidade neonatal precoce (número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos por 1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2009).

Calcularam-se as taxas de mortalidade perinatal e de seus componentes (fetal e neonatal precoce) específicas por variável selecionada para o estudo: sexo, idade gestacional, peso ao nascer, raça, momento do óbito em relação ao parto (para o óbito fetal), idade ao óbito (para o óbito neonatal precoce), tipo de gravidez, tipo de parto, local de ocorrência do parto, idade da mãe e escolaridade materna. Para os óbitos perinatais e fetais, as taxas foram calculadas através do número de óbitos (perinatal ou fetal) referente à variável em questão pelo número de nascimentos totais referentes à mesma característica estudada x 1000, para as variáveis relativas à mortalidade neonatal precoce, o coeficiente foi calculado pelo número de óbitos neonatal precoce referente à variável, dividido pelo número de nascidos vivos que apresentavam os mesmos aspectos x 1000.

Para verificar a relação significativa das variáveis estudadas da mortalidade perinatal e se estas apresentariam risco de morte foi realizada análise univariada através do teste qui-quadrado com nível de significância 5%, e Risk Ratio, aplicando-se os dados ao programa Epi Info7.

Para a realização do estudo foram utilizados dados secundários relacionados aos objetivos da pesquisa provenientes do Sistema de Informações em Saúde (SIS) disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Os participantes do estudo corresponderam a 4498 nascimentos, sendo representados por (52) óbitos fetais e (43) óbitos neonatais precoces inseridos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e os dados provenientes dos registros de (4446) nascimentos vivos inseridos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), ambos dados secundários condensados no Departamento

de Informática do SUS (DATASUS).

O presente estudo teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia CEP-HUGO, CAAE: 43938214.2.0000.0033, pela Secretaria Estadual de Saúde, pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo setor de Vigilância Epidemiológica de Caldas Novas.

4 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Observamos predomínio do componente fetal (54,74%) da mortalidade perinatal para o período estudado, mas apesar disso o Coeficiente de Mortalidade Fetal (CMF ou TMF) foi decrescente.

O coeficiente de mortalidade perinatal (CMP) se apresentou em níveis considerados intermediários nos anos de 2010, 2012 e 2013 (20 – 40/1000 nascimentos), em 2011 o valor encontrado é tido como baixo (<20/1000 Nascimentos), como são demonstrados na tabela 1.

O Coeficiente de Mortalidade Perinatal (CMP) demonstrou tendência crescente no período do estudo, em 2010 era de 21,28 alcançando 23,26/1.000 nascimentos totais em 2013. Entre os componentes da Mortalidade Perinatal (MP), o Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce (CMNP) foi o que apresentou maior variação 6,85/1000 nascimentos vivos em 2010, para 13,64/1000 nascimentos vivos em 2013, correspondendo a 57,14% dos óbitos perinatais no último ano do estudo, perfil parecido com o demonstrado para o Brasil no ano de 2010, quando os óbitos neonatais precoces representavam 53% da mortalidade perinatal (ORTIZ, 2012).

Comparado ao mesmo estudo, o Coeficiente de Mortalidade Perinatal (CMP) no município de Caldas Novas no ano de 2010 (21,28/1000 nascimentos), mostrou resultado semelhante à média do Brasil para o mesmo ano (21,5/1000 nascimentos). Em comparação com regiões brasileiras o CMP foi próximo ao encontrado para a região Norte (21,7/1000 nascimentos), sendo menor que a região Nordeste (32,2/1000 nascimentos) e maior que a região Sudeste (15,6/1000 nascimentos) e Sul (13,9/1000 nascimentos). O CMP também foi maior para Caldas Novas comparando com a região Centro Oeste (17,6/1000 nascimentos) e com Estado de Goiás (18,5/1000 nascimentos) que é onde se localiza o município.

Ano do óbito	2010	1011	2012	2013	2010 - 2013
Nascidos vivos	1021	1123	1129	1173	4446
Óbitos fetais					
Nº	14	12	14	12	52
Denominador	1135	1135	1143	1185	4498
CMF ^(*)	13,52	10,57	12,24	10,13	11,56
Óbitos neonatal precoce					
Nº	7	10	10	16	43
Denominador	1121	1123	1129	1173	4446
CMNP ^(*)	6,85	8,9	8,85	13,64	9,67
Óbitos perinatais					
Nº	21	22	24	28	95
Denominador	1135	1135	1143	1185	4498
CMP ^(*)	21,28	19,38	20,99	23,63	21,12

Tabela 1: Determinação dos Coeficientes (Taxas) de Mortalidade Perinatal (CMP) e seus componentes fetal e neonatal precoce por ano e período de 2010 a 2013 no município de Caldas Novas/GO

Fonte: DATASUS, 2015. Adaptado

(*1) por mil nascimentos totais (Nascidos vivos mais nascidos mortos)

(*2) por mil nascidos vivos

Siglas: Coeficiente de Mortalidade Perinatal (CMP); Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce (CMNP); Coeficiente de Mortalidade Fetal (CMF).

Referente aos determinantes proximais, as variáveis que se mostraram associadas ao óbito perinatal e seus componentes foram a prematuridade (IG < 37 semanas) e baixo peso ao nascer (Peso < 2500g). O risco de morte para prematuros foi maior para o componente fetal (24,15), e, o baixo peso ao nascer apresentou maior risco para o componente neonatal precoce (33,27). O tipo de gestação dupla apresentou associação significativa com a mortalidade perinatal e seu componente fetal, porém para o componente neonatal precoce, não foi significativa. O coeficiente de mortalidade perinatal e fetal foram maiores para mães com 35 anos e mais, apresentando significância estatística para o componente fetal. Verificou-se que o sexo feminino predominou na mortalidade perinatal e em seus componentes fetal e neonatal precoce, no entanto, não mostrou significância estatística, (Tabela 2).

VARIÁVEIS	TIPO DE ÓBITO								
	Fetal			Neonatal Precoce			Perinatal		
	CM	p	RR	CM	p	RR	CM	P	RR
Sexo									
Feminino	9,56	X ² =0,08	1,15	10,57	X ² =0,58	1,33	20,04	X ² =0,73	1,32
Masculino	8,3	P=0,77		7,93	P=0,44		16,17	P=0,39	

Idade Gestacional									
< 37 SEM	66,4	X2= 175	24,15	48,17	X2=116	21,35	111,35	X2 = 291	22,28
≥ 37 SEM	2,75	P<0,01		2,26	P < 0,01		5	P< 0,01	
Peso ao Nascer									
< 2500g	99,43	X2=29,70	9,2	72,56	X2=28,01	33,27	164,77	X2=90,21	31,01
≥ 2500g	10,81	P= 0,001		2,18	P= 0,001		5,31	P= 0,001	
Tipo de Gestação									
Dupla	53,76	X2=12	5,37	11,36	X2=0,065	1,41	64,52	X2=8,21	3,57
Única	10,01	p=0,0004		8,04	P=0,69		17,97	p=0,004	
Idade da Mãe									
35 e +	21,02	X2=4,006	2,24	0,00	X2=1,46	indefinido	21,02	X2=0,27	1,34
< 35	8,42	P=0,045		7,28	P=0,23		15,64	P=0,599	

Tabela 2: Descrição da mortalidade perinatal e determinação da significância estatística segundo determinantes proximais no município de Caldas Novas-GO, no período de 2010 a 2013

Fonte: DATASUS, 2015. Adaptado

Siglas: Coeficiente de mortalidade (CM); RR (Risco Relativo); p (Probabilidade de Significância); X2 (Qui-quadrado)

Estudo de Jacinto et al (2013), realizado em Salvador - BA demonstrou taxas mais elevadas para o sexo masculino, contrariando o resultado da pesquisa desenvolvida em Caldas Novas - GO. Em contrapartida, o mesmo estudo também apresentou taxas elevadas para o baixo peso ao nascer, para a prematuridade e para o tipo de gestação.

Araújo e Tanaka (2007) enfatizam que o custo econômico para se evitar o nascimento de recém-nascido de muito baixo peso é menor que o custo do tratamento desses em unidades de terapia intensiva, ou seja, é por intermédio de programas preventivos e de baixo custo, elaborados baseados em dados epidemiológicos que se pode contribuir para diminuição de nascimentos de RN de muito baixo peso e como resultado exercer influências positivas na redução das taxas de mortalidade infantil.

A gemelaridade é considerada fator de risco materno e fetal, constitui maior chance de parto pré-termo, hipertensão arterial, ruptura das membranas e morte fetal intrauterina, (CARLA, et al, 2005).

Moreira et al (2012), no estudo realizado no município de Cuiabá – MT, sobre a “Mortalidade Neonatal: características assistenciais e biológicas dos recém-nascidos e de suas mães” destaca que uma parcela grande das mães era composta de jovens. Os autores questionaram, ainda, a qualidade das consultas pré-natal no que se refere aos riscos relacionados a idade materna, já que é através dela

que se identificam os riscos, e que quando tratados oportunamente diminuem a vulnerabilidade dos recém-nascidos ao óbito.

Alusivo aos determinantes intermediários, o tipo de parto mostrou-se associado ao óbito perinatal. O parto vaginal apresentou risco de morte 3,15 vezes maior que o parto cesáreo, sendo mais elevado para o óbito neonatal precoce (3,72 vezes) em relação ao óbito fetal. A variável “momento do óbito em relação ao parto” refere-se ao componente fetal, e a variável “idade ao óbito (0 – 6 dias)” somente ao o componente neonatal precoce, constituindo determinantes específicos. 96% dos óbitos fetais ocorreram antes do parto, apresentando coeficiente de mortalidade perinatal de (10,68/1000 nascimentos), diferença estatisticamente significativa e risco de morte 23,75 vezes maior comparado ao óbito durante o parto. O óbito nas primeiras 24 horas correspondeu a 51,16% do total, porém não mostrou significância estatística. O local de ocorrência do óbito demonstrou associação com a mortalidade perinatal e com seus componentes fetal e neonatal precoce, (Tabela 3).

VARIÁVEIS	TIPO DE ÓBITO								
	Fetal			Neonatal Precoce			Perinatal		
	CM	p	RR	CM	p	RR	CM	P	RR
Tipo de parto									
Vaginal	21,05	X2 =13,34	2,82	17,92	X2= 16,29	3,72	38,6	X2=30,46	3,15
Cesárea	7,46	P < 0,01		4,81	P<0,01		12,23	P < 0,01	
Momento do óbito em relação ao parto									
Antes do parto	10,68	X2= 40,26	23,75						
Durante o parto	0,45	P < 0,01							
Idade ao óbito									
<24 horas				4,95	X2=0,000	1,04			
1 a 6 dias				4,72	P=1				
Local de ocorrência do óbito									
Outros	200	X2=17,57	18,69	125	X2=2,33	13,2	300	X2=26	14,95
Hospital	10,7	P=0,01		9,46	P=0,12		20,06	P<0,01	

Tabela 3: Descrição da mortalidade perinatal e determinação da significância estatística segundo determinantes intermediários no município de Caldas Novas-GO, no período de 2010 a 2013

Fonte: DATASUS, 2015. Adaptado

Siglas: Coeficiente de mortalidade (CM); RR (Risco Relativo); p (Probabilidade de Significância); X2 (Qui-quadrado)

Moreira et al (2012) destacam a representatividade do período neonatal

precoce (72,8%) referente à mortalidade neonatal, sendo que 28,6% dos óbitos ocorridos nesse período aconteceram nas primeiras 24 horas de vida, frequência menor do que a observada nesse estudo. A elevação das mortes infantis no primeiro dia e na primeira semana de vida demonstra a estreita relação da Mortalidade Neonatal Precoce com a assistência de saúde prestada à gestante e ao feto durante o período pré-parto, parto e atendimento imediato à criança durante o nascimento e na unidade neonatal e evidencia a importância de se considerar as ações dirigidas à melhoria desta assistência (ROCHA; MARGOTTO, 2015). Estudo de Jacinto et al (2013) demonstrou característica semelhante à apresentada no município de Caldas Novas referente à variável momento do óbito em relação ao parto para a mortalidade fetal, onde 93,5% dos óbitos fetais ocorreram antes do parto. O momento do óbito se antes ou durante o trabalho de parto, e ainda se antes ou após a internação hospitalar, deve ser elucidado para poder fornecer parâmetros para avaliação da assistência pré-natal e hospitalar à gestante e ao feto, (LANSK et al, 2002). Observamos essa situação também na realização desse estudo, onde o momento do óbito em relação ao parto não forneceu parâmetros para análise da assistência pré-natal e da assistência ao parto. O parto normal apresentou taxas elevadas, comparado ao parto cesariano com taxa maior para o componente fetal, o que pode ser justificado pelo fato da indicação do parto vaginal para o nascimento de fetos com diagnóstico anterior de óbito intrauterino, por isso, deve-se avaliar essa variável em conjunto ao momento do óbito em relação à internação hospitalar. Assim o parto normal não pode constituir fator de risco para o óbito fetal. Para o óbito neonatal precoce, o parto vaginal apresentou risco de morte de 3,72 vezes maior em relação ao parto cesariano e significância estatística, sendo considerado como fator de risco para o componente. Medidas simples como o acompanhamento do sofrimento fetal durante o parto e o acesso a cesariana contribuem para a redução da incidência de natimortos em países desenvolvidos (SILVA E MONTEIRO, 2014).

No que concerne aos determinantes distais, a raça/cor não mostrou associação significativa com a mortalidade neonatal precoce, ressalta-se que essa variável foi descrita somente para esse componente, pois não é disponibilizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para o componente fetal, o que se justifica pela indisponibilidade do campo referente a essa variável no Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM) para digitação da Declaração de Óbito (fetal). Assim foram utilizados somente os dados relativos aos nascidos vivos. A escolaridade materna menor que 4 anos de estudo mostrou associação com a mortalidade perinatal e seus componentes fetal e neonatal precoce, o coeficiente apresentado foi de (60,4/1000 nascimentos) e chance de morte 4,4 vezes maior do que para mães com escolaridade \geq a 4 anos de estudo, (Tabela 4).

VARIÁVEIS	TIPO DE ÓBITO								
	Fetal			Neonatal Precoce			Perinatal		
	CM	p	RR	CM	p	RR	CM	p	RR
Raça									
Branca				9	X2 = 0,15	1,2			
Preta+parda				7,45	P = 0,69				
Escolaridade Materna									
< 4	25,9	X2= 5,57	3,1	35,4	X2= 24,37	6,69	60,34	X2=27,6	4,44
≥ 4	8,3	P= 0,018		5,28	P<0,01		13,58	P<0,01	

Tabela 4: Descrição da mortalidade perinatal e determinação da significância estatística segundo determinantes distais no município de Caldas Novas-GO, no período de 2010 a 2013

Fonte: DATASUS, 2015. Adaptado

Siglas: Coeficiente de mortalidade (CM); RR (Risco Relativo); p (Probabilidade de Significância); X2 (Qui-quadrado)

Lansky et al (2014) na Pesquisa Nascer no Brasil, também demonstraram que a baixa escolaridade materna compõe fator sócio econômico associado ao óbito neonatal, ressaltam que as variáveis raça/cor e classe social que habitualmente estão associados não mostraram significância na pesquisa em questão.

A baixa escolaridade materna (menos de quatro anos de estudo) pode ser considerada o fator socioeconômico mais importante para análise na determinação da mortalidade perinatal. Neto e Barros (2000) descrevem que o grau de instrução é considerado como um marcador da condição socioeconômica da mãe e de sua família. Além disso, o nível educacional da mãe pode ser compreendido também como um fator relacionado ao perfil cultural e a comportamentos ligados aos cuidados de saúde que têm um efeito importante na determinação da mortalidade infantil. Fonseca e Coutinho (2010) também não encontraram significância para variável raça no estudo realizado em uma maternidade do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. Jacinto et al (2013) em Salvador - BA, enfatizam que a cor da pele do concepto merece maior atenção por parte dos profissionais e gestores dos serviços de saúde, sendo necessárias para o estudo das desigualdades sociais em saúde.

REFERÊNCIAS

AQUINO, T. A. et al. **Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.12, p. 2853-2861, dez, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/05.pdf> >. Acessado em: 22 de março de 2014.

ARAÚJO, B.F.; TANAKA, A.C.A. **Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos**

de muito baixo peso em uma população de baixa renda. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2869-2877, dez, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/07.pdf> >. Acessado em: 05 de julho de 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores). Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro1.pdf >. Acessado em: 03 de maio de 2015.

BRASIL. Ministério da 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, DF: 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < <http://www.socscistatistics.com/tests/chisquare2/Default2.aspx> > Acessado em 28/07 de 2015.

CARLA, T. RODRIGUES et al. **Epidemiologia da gestação múltipla, casuística de 15 anos.** Acta Médica, Portugal, 2005; 18, p. 107-111. Disponível em < www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view.file/1016/684 > Acesso em: 27 set. 2015.

DE CARVALHO, M.; GOMES, M. A. **A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios,** Jornal Pediatria, Rio de Janeiro, 81 (1 Supl.); (S111- S118). 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a14.pdf>>. Acessado em 03 de maio de 2015.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. F. **Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 1: S7-S19, 2004. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2004.v20suppl1/S7-S19/pt>>. Acesso: em 22 maio 2015.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. F. **Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 26, v. 2, p 240-252, fev, 2010. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2010.v26n2/240-252/pt> >. Acesso em: 15 mai 2015

JACINTO, E. et al. **Mortalidade perinatal no município de Salvador, Bahia: evolução de 2000 a 2009.** Rev Saúde Pública, v. 47, n. 5, p. 846-53, 2013. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2013.v47n5/846-853/pt> >. Acesso 22 maio 2015.

LANSKY, S. et al. **Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura.** Rev Saúde Pública. V. 36, n. 6, p:759-72, 2002. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2002.v36n6/759-772/pt> > Acesso em 22 maio 2015.

LANSKY et al. **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido.** Cad. Saúde Pública, n. 30 Sup:S, p. 192-S207, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213> > Acessado em: 27 ago 2015.

LAURENTI, RUY; CÁSSIA MARIA BUCHALLA. **Indicadores da saúde materna e infantil: implicações da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças.** Rev Panam Salud Publica, Pan Am J Public Health 1(1), 1997.

LAURENTI, R, et al, **Estatísticas de mortalidade e seus usos.** RECIIS. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.7, n.2, Jun. 2013. Disponível em: < www.reciis.icict.fiocruz.br > Acessado em: 27 ago 2015.

MOREIRA, M. D. S. et al. **Mortalidade neonatal: Características assistenciais e biológicas dos recém-nascidos e de suas mães.** Rev. Cogitare Enferm, v. 17, n. 1, p.113-118, 2012. Disponível em <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26383> >. Acesso em 29 set.2015.

NETO, O. L. M.; BARROS, M.B.A. **Fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos**

infantis. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 477-485, abr-jun, 2000. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200018 >. Acessado em: 01 de julho de 2015.

NURDAN, N. et al. Óbito Fetal em Microrregião de Minas Gerais: Causas e Fatores Associados. RBGO - v. 25, n. 2, p. 103-107 2003. Disponível em: < <https://core.ac.uk/download/pdf/37705020.pdf> >. Acessado em 03 de maio de 2015.

ORTIZ, L. P. **A Mortalidade Perinatal no Brasil, 2000-2010.** In: XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2012, Lindoia - SP. Anais do XX Congresso Nacional de Estudos Populacionais. Abep, 2012. V.3. p. 200-15.

REDE Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/1ed/indicadores.pdf> > Acesso em: 22 mar. 2014.

ROCHA, MARTHA DAVID; MARGOTTO, PAULO R. **Morbimortalidade perinatal.** Disponível em: < www.paulomargotto.com.br/documentos/Estatistica%20Perinatal.doc >. Acesso em: 14 out. 2015.

SILVA, Z. P. et al. **Morte neonatal precoce segundo complexidade hospitalar e rede SUS e não-SUS na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26 n. 1, p.123-134, jan, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/13.pdf> >. Acessado em 22 de março de 2014.

SILVA, R. C. A. F.; MONTEIRO, P. S. **Mortalidade perinatal em gestantes de alto risco em um hospital terciário.** J Health Biol Sci; v. 2, n. 1, p. 23-28, 2014. Acessado em: 14 de out. 2015. Disponível em < <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/41/42> >.

W.H.O. World Health Organization. **Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates.** Geneva: WHO; 2006. World Health Report 2006. 75 p.. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf?sequence=1. Acessado em: 10 de maio de 2015.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acuidade visual 56, 104, 212, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220

Adolescente 207

Alimentação 10, 11, 27, 32, 33, 35, 37, 81, 83, 177, 179, 181, 182, 184, 209

Arboviroses 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 61, 65, 69, 73, 166

Arbovírus 6, 7, 8, 11, 12, 13, 60, 62, 63, 67, 72

Assistência ao Paciente 146

Assistência hospitalar 198

Atividade física 32, 33, 34, 35, 36, 37, 81, 83

Atividade Laboral 75

B

Brasil 1, 6, 7, 8, 13, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 29, 30, 36, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 76, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 106, 107, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 125, 127, 132, 133, 134, 137, 141, 143, 144, 145, 148, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 175, 176, 190, 192, 194, 195, 197, 210, 214, 219, 220

C

Cajazeiras-PB 154, 155, 156, 157, 158

Chikungunya 6, 7, 8, 60, 61, 62, 63, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74

Coefficiente de mortalidade 122, 126, 127, 128, 129, 130, 132

Condições Sociais 13, 189

Criança 39, 125, 131, 141, 145, 187, 194, 195, 207, 213, 214, 218

Cuidador 57, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188

D

Dengue 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 63, 67, 71, 72, 73, 76, 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168

Diabetes Mellitus 47, 48, 51, 53, 58, 59, 147, 149, 178

Diálise Renal 146

Doença circulatória 169

Doenças negligenciadas 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168

Doenças Respiratórias 135, 136, 137, 139, 142, 143, 144

E

Epidemiologia 7, 14, 16, 38, 46, 61, 63, 64, 72, 73, 74, 87, 89, 95, 96, 97, 99, 102, 103, 106, 133, 135, 152, 155, 159, 163, 167, 168, 176, 188, 205

F

Fatores de risco 7, 12, 33, 48, 61, 64, 84, 124, 125, 132, 133, 137, 142, 144, 171, 210

H

Hanseníase 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 168

Hospitalização 135, 136, 190

Hospital Regional 154, 155, 156, 157, 158

I

Idosos 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 65, 69, 93, 95, 121, 135, 137, 140, 141, 142, 143, 166, 169, 172, 174, 175, 182, 199, 209

Incidência 11, 45, 62, 68, 92, 93, 98, 99, 100, 101, 103, 106, 113, 120, 131, 135, 139, 141, 143, 157, 167, 168, 169, 173, 200, 202, 204

Insuficiência Renal Crônica 146, 177, 179, 188

Insulinoterapia 47, 49, 51, 52, 55, 56, 57, 58

M

Mialgia 62, 75

Mortalidade fetal 122, 126, 131, 133

Mortalidade neonatal precoce 122, 126, 131

Mortalidade perinatal 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134

Mulher 32, 33, 36, 145, 174

Mycobacterium leprae 98, 99, 100, 109, 110, 111, 162

O

Obesidade 33, 34, 35, 36, 37, 147, 207, 208, 209, 210, 211

Oftalmologia 72, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 220

P

Perfil epidemiológico 38, 40, 45, 78, 110, 112, 121, 147, 159, 160, 163, 164, 169, 171, 173

Prevalência 3, 35, 41, 47, 59, 83, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 106, 109, 113, 114, 115, 116, 118, 120, 137, 152, 153, 162, 174, 187, 193, 197, 198, 201, 202, 204, 205, 207, 208, 211, 214, 217, 218

Prevenção 8, 13, 33, 36, 44, 45, 59, 71, 73, 75, 76, 95, 97, 100, 105, 107, 112, 118, 124, 125, 133, 135, 137, 143, 155, 159, 169, 170, 171, 174, 175, 176, 199, 214

Q

Qualidade de vida 33, 51, 58, 86, 136, 137, 143, 151, 155, 156, 177, 179, 184, 185, 188, 214, 217, 220

Queimaduras 21, 22, 25, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206

R

Recém-Nascido de Baixo Peso 189, 192, 195

Região Norte 66, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 106, 164, 165, 166

Revisão bibliográfica 87, 89, 163, 164

S

Saúde da população 124, 160, 167, 218

Saúde Pública 5, 6, 8, 13, 14, 15, 25, 29, 38, 39, 40, 45, 47, 55, 65, 70, 71, 72, 73, 96, 97, 98, 99, 100, 106, 107, 112, 124, 125, 132, 133, 134, 136, 144, 145, 156, 161, 163, 168, 169, 171, 189, 192, 195, 200, 207, 208, 220, 221

Sobrepeso 32, 34, 35, 207, 208, 209, 210, 211

Socioeconômico 34, 90, 92, 95, 96, 106, 132, 187, 207, 209, 210

Suicídio 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97

T

Trabalhador 75, 83, 85

Treponema pallidum 38, 39

Triagem 42, 212, 213, 214, 217, 218

Tuberculose 1, 137, 160, 161, 163, 165, 166, 167, 168

U

Urgência 139, 159, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 199, 200

Uso de crack 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29

V

Vigilância Epidemiológica 6, 8, 75, 77, 78, 107, 109, 124, 127, 144, 166

Violência Urbana 154, 155, 156, 158

Vírus 3, 7, 8, 17, 39, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 141

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-829-8



9 788572 478298