

CIÊNCIAS DA SAÚDE 2



**Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonalty Rocha
(Organizadores)**

Atena
Editora

Ano 2019

Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonaly Rocha
(Organizadores)

Ciências da Saúde 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
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. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C569 Ciências da saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizadores Nayara Araújo Cardoso, Renan Rhonalty Rocha. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Ciências da Saúde; v. 2)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-127-5

DOI 10.22533/at.ed.275191802

1. Médico e paciente. 2. Pacientes – Medidas de segurança.
3. Saúde – Ciência. I. Cardoso, Nayara Araújo. II. Rocha, Renan Rhonalty. III. Série.

CDD 614.4

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

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.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*As Ciências da Saúde*” aborda uma série de livros de publicação da Atena Editora, em seus 30 capítulos do volume II, apresenta a importância de ações voltadas para segurança e o bem estar de pacientes e profissionais da saúde, buscando elevar a qualidade da saúde pública brasileira.

Os profissionais de saúde estão se reinventando em busca de melhorar a qualidade do tratamento e cuidado com pacientes. Aumentar a segurança do paciente gera benefícios não só para os mesmos, mas para todos os envolvidos. Entender os sentimentos e o que pensam as pessoas que necessitam de cuidados com a saúde, buscar perfis em epidemiologia para entender o contexto desses atores, promover e buscar melhorias no processo saúde/doença, avaliar a qualidade do cuidado recebido, são apenas algumas formas de se garantir tal segurança.

Dessa forma, a junção de pesquisas, a modernização da tecnologia e o interesse dos profissionais em promover o melhor cuidado possível compõem um contexto que eleva a qualidade de vida de pacientes.

Colaborando com esta transformação na saúde, este volume II é dedicado aos profissionais de saúde e pesquisadores que buscam crescer, melhorar seus conhecimentos acerca do cuidado com o paciente e se reinventar para melhor atendê-los. Dessa maneira, os artigos apresentados neste volume abordam espiritualidade/religiosidade no contexto de saúde/doença, violência contra a mulher e as ações do centro de referência de atendimento a mulher, desafios do diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis em idosos, perfil socioeconômico e demográfico e consumo de bebidas alcoólicas em pessoas com hanseníase, qualidade da assistência pré-natal prestada às puérperas internadas em uma maternidade pública, humanização do atendimento em unidade de atenção primária à saúde e incidência e prevalência de lesão por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva.

Portanto, esperamos que este livro possa contribuir para melhorar a qualidade do atendimento e cuidado de profissionais para com pacientes minimizando ou eliminando consequências que acarretam prejuízos nos resultados clínicos e funcionais dos pacientes, insatisfação da população usuária e custos desnecessários para os serviços de saúde e o sistema.

Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonalty Rocha

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO DE SAÚDE/DOENÇA DAS PESSOAS COM PSORÍASE	
Cristyeleadjerfferssa Katariny Vasconcelos Mauricio Valéria Leite Soares	
DOI 10.22533/at.ed.2751918021	
CAPÍTULO 2	15
ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CÂNCER GÁSTRICO NOS MUNICÍPIOS DE BELÉM E ANANINDEUA NO PERÍODO DE 2010 A 2014	
Deliane Silva de Souza Jaqueline Dantas Neres Martins Samara Machado Castilho Manuela Furtado Veloso de Oliveira Luan Cardoso e Cardoso Luan Ricardo Jaques Queiroz Fernanda Carmo dos Santos Luciana Ferreira dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.2751918022	
CAPÍTULO 3	25
ASCUS ASSOCIADO AO HPV E CONDUTA CLÍNICA PRECONIZADA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
Maria Angélica de Oliveira Luciano Vilela Ana Claudia Camargo Campos Sandra Oliveira Santos	
DOI 10.22533/at.ed.2751918023	
CAPÍTULO 4	36
ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS RELACIONADOS À PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	
Sara Silva de Brito Márcia Berbert-Ferreira Miria Benincasa Gomes Adriana Navarro Romagnolo Michele Cristine Tomaz	
DOI 10.22533/at.ed.2751918024	
CAPÍTULO 5	47
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO EM UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO INDICADORES DO PMAQ-AB NO MUNICÍPIO DE CAAPORÃ, PARAÍBA	
Pierre Patrick Pacheco Lira	
DOI 10.22533/at.ed.2751918025	

CAPÍTULO 6 64

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO NO BRASIL

Bárbara Lima Sousa
Maria Eli Lima Sousa
Mirella Hipólito Moreira de Anchieta
Rafael Ayres de Queiroz
Roberto Sousa

DOI 10.22533/at.ed.2751918026

CAPÍTULO 7 73

CÂNCER DE MAMA: SENTIMENTOS E RESSIGNIFICAÇÕES DA VIDA SOB O OLHAR DA MULHER EM QUIMIOTERAPIA

Hyanara Sâmea de Sousa Freire
Ana Kelly da Silva Oliveira
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

DOI 10.22533/at.ed.2751918027

CAPÍTULO 8 83

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE MEDIDA DE FORÇA E PROFUNDIDADE NA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) POR INSTRUMENTO MANEQUIM EM CADETES BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA

Vinicius de Gusmão Rocha
Janyeliton Alencar de Oliveira
Robson Fernandes de Sena
Michelle Salles Barros de Aguiar

DOI 10.22533/at.ed.2751918028

CAPÍTULO 9 104

COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: AÇÕES DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO A MULHER

Patricia Pereira Tavares de Alcantara
Zuleide Fernandes de Queiroz
Verônica Salgueiro do Nascimento
Antonio Germane Alves Pinto
Maria Rosilene Candido Moreira

DOI 10.22533/at.ed.2751918029

CAPÍTULO 10 115

CONSTRUINDO O APRENDIZADO EM ENFERMAGEM: A EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Kelly da Silva Oliveira
Hyanara Sâmea de Sousa Freire
Mônica Kallyne Portela Soares
Francisca Fátima dos Santos Freire

DOI 10.22533/at.ed.27519180210

CAPÍTULO 11 126

CORRELAÇÃO DA EPISIOTOMIA COM O GRAU DE PERDA URINÁRIA FEMININA

Bianca Carvalho dos Santos
Adilson Mendes
Agda Ramyli da Silva Sousa

DOI 10.22533/at.ed.27519180211

CAPÍTULO 12 134

DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS

Maria Mileny Alves da Silva
Francisco João de Carvalho Neto
Fellipe Batista de Oliveira
Gabriela Araújo Rocha
David de Sousa Carvalho
Raissy Alves Bernardes
Renata Kelly dos Santos e Silva
Jéssica Anjos Ramos de Carvalho
Laryssa Lyssia Matildes Rodrigues
Vicente Rubens Reges Brito
Camila Karennine Leal Nascimento
Jéssica Denise Vieira Leal

DOI 10.22533/at.ed.27519180212

CAPÍTULO 13 144

DOENÇA RENAL CRÔNICA: ANÁLISE DAS CAUSAS DA PERDA DA FUNÇÃO RENAL E IDENTIFICAÇÃO DE AGRAVOS DA DOENÇA E DO TRATAMENTO SUBSTITUTIVO

Elisangela Giachini
Camila Zanesco
Francielli Gomes
Bianca Devens Oliveira
Bruna Laís Hardt
Maiara Vanusa Guedes Ribeiro
Cristina Berger Fadel
Débora Tavares Resende e Silva

DOI 10.22533/at.ed.27519180213

CAPÍTULO 14 154

O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE: UMA ABORDAGEM SOBRE O TEMA E RELATO DE SUA UTILIZAÇÃO NAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

William Volino

DOI 10.22533/at.ed.27519180214

CAPÍTULO 15 169

PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO E CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM PESSOAS COM HANSENÍASE

Manoel Borges da Silva Júnior
Giovanna de Oliveira Libório Dourado
Maurilo de Sousa Franco
Francimar Sousa Marques
Lidya Tolstenko Nogueira

DOI 10.22533/at.ed.27519180215

CAPÍTULO 16 182

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PRESTADA ÀS PUÉRPERAS INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÂNIA-GO

Ana Paula Felix Arantes
Dionilson Mendes Gomes Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.27519180216

CAPÍTULO 17 189

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A ROTINA DE UM BANCO DE LEITE NO INTERIOR DO CEARÁ

Joanderson Nunes Cardoso
Joice Fabrício de Souza
Luciene Gomes de Santana Lima
Maria Jeanne de Alencar Tavares

DOI 10.22533/at.ed.27519180217

CAPÍTULO 18 196

RELATO DE EXPERIÊNCIA: XXIX SEMANA DE PREVENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

Sarah Feitosa Nunes

DOI 10.22533/at.ed.27519180218

CAPÍTULO 19 199

USO DA EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO ACERCA DA HANSENIASE NO TERRITÓRIO BRASILEIRO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Lívia Maria Mendes de Lima
Ruy Formiga Barros Neto
Anne Karoline Mendes
Saulo Nascimento Eulálio Filho
Igor de Melo Oliveira
Felipe Xavier Camargo
Paulo Roberto da Silva Lima

DOI 10.22533/at.ed.27519180219

CAPÍTULO 20 208

USO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Francisco João de Carvalho Neto
Renata Kelly dos Santos e Silva
Maria Mileny Alves da Silva
Gabriela Araújo Rocha
David de Sousa Carvalho
Denival Nascimento Vieira Júnior
João Matheus Ferreira do Nascimento
Zeila Ribeiro Braz
Camila Karenine Leal Nascimento
Maria da Glória Sobreiro Ramos
Ana Karoline Lima de Oliveira
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.27519180220

CAPÍTULO 21 221

VALOR PROGNÓSTICO DE DIFERENTES PARÂMETROS CLÍNICOS EM TUMORES DE MAMA TRIPLO-NEGATIVOS

Thamara Gonçalves Reis
Fabrícia De Matos Oliveira
Victor Piana de Andrade
Fernando Augusto Soares
Luiz Ricardo Goulart Filho
Thaise Gonçalves de Araújo

DOI 10.22533/at.ed.27519180221

CAPÍTULO 22 238

WHOQOL-100: ABORDAGENS NAS PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS NACIONAIS

Beatriz Ferreira de Carvalho
Carla Caroline Inocêncio
Carolina Faraco Calheiros Milani
Maria Silva Gomes
Paula Vilhena Carnevale Vianna

DOI 10.22533/at.ed.27519180222

CAPÍTULO 23 247

ZIKA VÍRUS: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Cristiane Alves da Fonseca do Espírito Santo
Carlos Filipe Camilo Cotrim
Thiago Henrique Silva
Fernanda Patrícia Araújo Silva
Flávio Monteiro Ayres
Andreia Juliana Rodrigues Caldeira

DOI 10.22533/at.ed.27519180223

CAPÍTULO 24 263

ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE PESSOAL EM CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

Laura Maria de Almeida dos Reis

DOI 10.22533/at.ed.27519180224

CAPÍTULO 25 274

ESTUDO DO PERFIL MATERNO NA MORTALIDADE NEONATAL NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB

Mácio Augusto de Albuquerque
Tarsyla Medeiros de Albuquerque
Alfredo Victor de Albuquerque Araújo
Bruno Leão Caminha
Marta Lúcia de Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.27519180225

CAPÍTULO 26 289

FATORES ASSOCIADOS À VARIAÇÃO DO PICO DE FLUXO GERADO DURANTE A TÉCNICA DE HIPERINSUFLAÇÃO MANUAL BRUSCA

Luan Rodrigues da Silva
Ana Paula Felix Arantes
Fernando Guimarães Cruvinel
Giulliano Gardenghi
Renato Canevari Dutra da Silva

DOI 10.22533/at.ed.27519180226

CAPÍTULO 27 296

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Richel Bruno Oliveira Castelo Branco
Rita Luana Castro Lima
José Musse Costa Lima Jereissati
Ana Cláudia Fortes Ferreira
Viviane Bezerra de Souza
Yara de Oliveira Sampaio
Eurenir da Silva Souza

DOI 10.22533/at.ed.27519180227

CAPÍTULO 28 306

IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES PREDITIVOS DE AUMENTO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR NO INTRA E PÓS- OPERATÓRIO DE CANDIDATOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

Camila Sales Andrade
Zailton Bezerra de Lima Junior
Felipe Siqueira Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.27519180228

CAPÍTULO 29 316

INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Amelina de Brito Belchior
Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues
Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque
Fabianne Ferreira Costa Róseo
Lidiane do Nascimento Rodrigues
Janaina dos Santos Mendes

DOI 10.22533/at.ed.27519180229

CAPÍTULO 30 323

MORTALIDADE INFANTIL NA MICRO REGIÃO DE CAMPINA GRANDE, PB NO PERÍODO DE 2013 E 2014

Mácio Augusto de Albuquerque
Tarsyla Medeiros de Albuquerque
Alfredo Victor de Albuquerque Araújo
Bruno Leão Caminha
Marta Lúcia de Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.27519180230

SOBRE OS ORGANIZADORES..... 335

ESTUDO DO PERFIL MATERNO NA MORTALIDADE NEONATAL NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB

Mácio Augusto de Albuquerque

UFCG

Tarsyla Medeiros de Albuquerque

UNESP

Alfredo Victor de Albuquerque Araújo

UFPB

Bruno Leão Caminha

UFPB

Marta Lúcia de Albuquerque

UFCG

RESUMO: O monitoramento do risco da morte infantil de seus fatores associados, em particular àqueles relativos à atenção à saúde, oferece subsídios relevantes para a compreensão desse fenômeno e para a orientação das políticas públicas e das ações setoriais. Para a microrregião de João Pessoa (PB), nenhum trabalho dessa natureza foi identificado nas bases de dados. O objetivo desse estudo foi analisar o perfil socioeconômico e cultural das mães dos recém-nascidos que evoluíram para o óbito no período estudado. Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo. Foram analisados todos os partos no período de 01/01/2014 a 31/12/2015, em um serviço de maternidade pública. Foram incluídos 87 casos de óbito neonatal precoce e tardio. 19,54% tinham idade entre 20-23 anos. Quanto a raça, 88,5% se declararam pardas. 52 pacientes

se encontravam em união estável ou união consensual. 75 pacientes foram procedentes de região urbana. Em relação à escolaridade, 55,17% tinham o ensino médio completo. 63,21% das mães eram múltiparas e 24,14% tiveram história de aborto prévio. 4 mulheres tiveram filhos prematuros previamente e 5 mulheres perderam seus filhos após o parto. 69 mulheres não apresentavam doença prévia à gestação. Dentre as doenças prévias encontradas, podemos citar hipertensão arterial sistêmica como principal. 45 mulheres afirmaram fazer uso de medicamentos durante a gestação. 87,04% revelaram que as mães realizaram pré-natal, entretanto apenas 31,48% das mulheres realizaram 6 ou mais consultas no pré-natal. Em todos os prontuários analisados, a informação sobre o desejo da gravidez foi ignorada. Quanto a causa da morte do RN, 28 (32,2%) obtiveram óbito por choque séptico. O perfil encontrado nas mães dos recém-nascidos que evoluíram para o óbito no período estudado foi compatível parcialmente com os achados epidemiológicos que relacionam a mortalidade neonatal com baixas condições socioeconômicas e com o baixo acesso aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade neonatal, Saúde materno-infantil.

INTRODUÇÃO

A mortalidade neonatal (óbitos entre 0 e 27 dias de vida) é um importante indicador de saúde de uma população e corresponde a aproximadamente 2/3 dos óbitos infantis; categoriza-se em precoce, que é aquela que ocorre até o sétimo dia incompleto de vida, e tardia, que ocorre entre o sétimo e 28º dia incompleto de vida (ARAÚJO et al., 2000 e NASCIMENTO et al., 2012).

A mortalidade neonatal é considerada um indicador da qualidade de saúde e de vida da população, porque o baixo nível socioeconômico, o acesso a serviços de saúde e de saneamento, o nível de escolaridade da população, a renda per capita e o nível de desigualdade de renda estão fortemente ligados aos altos índices de óbitos em neonatos. Este segmento etário da população é naturalmente mais vulnerável às condições adversas de vida (SOUSA; LEITE FILHO, 2008).

No Brasil, o coeficiente de mortalidade infantil vem sofrendo uma queda desde o final da década de 1980, graças às intervenções ambientais, melhoria de acesso e qualidade dos serviços de saúde, diminuição da taxa de fecundidade, nível educacional mais elevado, melhoria nutricional, entre outros. Apesar do declínio, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em razão da existência de desigualdades regionais e interurbanas de sua ocorrência, e sua redução é ainda um desafio para os serviços de saúde e à sociedade como um todo, sendo necessárias ações de saúde, especialmente, voltadas à atenção básica, que se iniciam no pré-natal, e que alcancem também a assistência no âmbito hospitalar (SANTANA et al., 2011).

É pela relação que se estabelece entre o baixo desenvolvimento socioeconômico e as elevadas taxas de óbitos infantis, que regiões como o Nordeste brasileiro assumem posição de destaque. Isso porque a mortalidade infantil no Brasil é consideravelmente mais grave nas regiões e nos setores mais desfavorecidos do país (SIMÕES, 2002). Destaca-se ainda que as mortes infantis podem ser completamente evitadas na atualidade, através de programas preventivos na área de saúde pública, mediante uma maior oferta dos serviços de saúde, de saneamento básico, de educação e de distribuição de renda. Outras regiões do Brasil que souberam identificar e enfrentar tais problemáticas tiveram queda significativa no índice de mortalidade infantil.

Vários estudos descreveram os determinantes associados à morte neonatal precoce, como prematuridade, baixo peso ao nascer e intercorrências na gestação e parto, porém estes fatores se articulam de forma complexa, sendo influenciados pelas características biológicas materna e do recém-nascido, condições sociais e da atenção ofertada pelos serviços de saúde (NASCIMENTO et al., 2012). Características maternas como baixa escolaridade, idade gestacional até 36 semanas, relato de realização de menos de seis consultas de pré-natal, gestação múltipla, parto vaginal, além do baixo peso ao nascer do recém-nascido estiveram associadas com a mortalidade neonatal precoce. A assistência pré-natal e pós-natal deve se organizar para prevenir alguns

desses fatores e reduzir as iniquidades originadas nas diferenças sociais. (SOARES E MENEZES, 2010).

Os determinantes da mortalidade infantil são amplamente estudados, no entanto, seu conhecimento tem produzido pouco impacto na sua redução em diferentes regiões do País, principalmente nas populações mais pobres. (SOARES E MENEZES, 2010)

A maioria dos estudos brasileiros analisa os padrões de distribuição da mortalidade infantil segundo duas preocupações centrais: (a) identificar áreas constituídas de grupos populacionais sob alto risco de morte infantil e (b) correlacionar os riscos de mortalidade infantil com variáveis socioeconômicas e de assistência à saúde, medidas enquanto variáveis de um agregado (BARROS, 2011). Estes estudos se enquadram perfeitamente na proposta de utilização das ferramentas da estatística, da Epidemiologia e dos Sistemas de Informação em Saúde, na elucidação das correlações de adoecimento e de morte nas microrregiões.

A tendência atual é a de utilização dos dados de nascidos vivos e de mortalidade para o planejamento e para a avaliação das ações de saúde da criança no Sistema Único de Saúde (SUS), pois a partir deles podem ser calculados vários indicadores de saúde, entre os quais os coeficientes de mortalidade-infantil e materna (SILVA et al., 2011). E demonstrando, desta forma, os principais pontos onde se faz necessário intervir mais efetivamente. Adquiriram importância também, pela viabilidade em termos de tempo e de dinheiro, se bem documentados, os dados podem representar o perfil de toda a população.

O presente estudo analisará descritivamente as variáveis relativas ao óbito neonatal, verificará questões de qualidade das informações do SIM, bem como realizará uma análise descritiva de fatores que contribuíram para os óbitos neonatais ocorridos na cidade de João Pessoa, no Instituto Cândida Vargas (ICV), nos anos de 2013 e 2014. Esses resultados poderão orientar/reorientar ações e políticas públicas de saúde, visando reduzir a ocorrência de óbitos neonatais evitáveis na microrregião de João Pessoa.

O monitoramento do risco da morte infantil e de seus fatores associados, em particular àqueles relativos à atenção à saúde, oferece subsídios relevantes para a compreensão desse fenômeno e para a orientação das políticas públicas e das ações setoriais. É possível identificar uma extensa produção científica a respeito do tema mortalidade neonatal e dos seus fatores associados no mundo e no Brasil, nas bases de dados bibliográficas. No entanto, para a microrregião de João Pessoa (PB), nenhum trabalho dessa natureza foi identificado nessas bases de dados, bem como com relação ao Instituto Cândida Vargas (ICV).

OBJETIVOS

Os objetivos do estudo foram analisar o perfil socioeconômico e cultural das mães dos recém nascidos que evoluíram para o óbito no período estudado; avaliar o acesso

e o uso aos serviços de saúde pelas mães dos recém-nascidos que evoluíram para o óbito no período estudado; observar as principais comorbidades ou intercorrências presentes nas mães desses recém-nascidos estudados; identificar os principais fatores de risco e causas da mortalidade neonatal geral e por causas evitáveis, a fim de monitorá-las e propor estratégias de redução destes óbitos.

MATERIAIS E MÉTODOS

O desenho utilizado nesse estudo foi transversal, ecológico, retrospectivo e descritivo. O Estudo foi realizado no serviço de referência Instituto Cândida Vargas, João Pessoa, Paraíba, com o suporte do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. A duração do estudo foi de um ano, tendo sido iniciado em agosto de 2015 e concluído em julho de 2016.

Os sujeitos desse estudo foram os pacientes de todos os partos realizados no Instituto Cândida Vargas (ICV) no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2015, na cidade de João Pessoa. Foram incluídos no estudo os casos de óbito neonatal precoce e tardio ocorridos na referida maternidade, excluindo-se aqueles que obtiveram alta ou que foram a óbito após o 27º dia de vida. Para coleta de dados e de informações, utilizamos dados primários do Instituto Cândida Vargas (ICV) já existentes, esses dados foram retirados dos prontuários das mães que realizaram seus partos e dos bebês, que foram investigados em relação aos óbitos neonatais precoces e tardios. As variáveis primárias analisadas foram data do óbito, data de nascimento e diagnóstico etiológico do recém-nascido. Já as variáveis secundárias foram idade, sexo, etnia, escolaridade materna, renda familiar, idade, doenças prévias, gestacional no momento do parto, tipo de parto, número de consultas no pré-natal, exames realizados, intercorrências durante a gestação, peso ao nascer, alimentação ofertada, uso de medicações, necessidade de cuidados intensivos.

Foram selecionados os prontuários dos pacientes recém-nascidos que evoluíram para óbito até o 27º dia de vida, caracterizando a mortalidade neonatal. Esses prontuários foram submetidos à análise, em busca de identificar e agrupar as variáveis de interesse para o estudo e, a partir disso, elas foram reunidas em um banco de dados, para análise estatística posterior, segundo o modelo descrito em seguida. A análise estatística teve início com a aplicação de um teste de normalidade, cuja hipótese foi testada através do teste de normalidade denominado Shapiro Wilk (BONETT;SEIERB, 2002), tendo sido escolhido o modelo que foi aplicado somente após a verificação da normalidade dos testes estatísticos apropriados para a análise. Para realizar estas análises foram utilizados os programas computacionais R, SPSS, entre outros.

Tendo em vista que a escolha do método de análise espacial depende do tipo de distribuição a que os dados pertencem, deve-se aplicar um teste de aderência para verificar esta suposição. O teste de Shapiro-Wilk testa a hipótese nula (H_0) de que a amostra y e $y_1, 2, , n$ provém de uma população com distribuição normal. Para tanto é

calculada a estatística W , dada por (SHAPIRO; WILK, 1965):

$$W = \frac{\sum_{i=1}^n (\alpha_i y_{(i)})}{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}$$

onde $y_{(i)}$ é a i -ésima observação; \bar{y} é a média amostral; e cada α_i é obtido com base na média, variância e covariância de uma amostra de tamanho n de uma população normal. A hipótese nula pode ser verificada com base no p -valor: caso este seja menor que a significância adotada (geralmente 5%), rejeita-se H_0 . O teste tem maior poder de eficiência para pequenos tamanhos de amostra. Quando uma variável é normalmente distribuída, sua distribuição é completamente caracterizada por sua média e por seu desvio padrão.

Esse trabalho obedeceu às premissas publicadas na resolução 453/2012 do conselho nacional de saúde, seguindo à risca os princípios básicos da bioética – autonomia (através do consentimento livre e esclarecido), beneficência (através do compromisso com o máximo de benefícios), não-maleficência (através da garantia que os danos previsíveis serão evitados) e justiça e equidade (através da relevância social e de saúde pública deste trabalho).

RESULTADOS

O estudo foi inicialmente planejado para analisar os óbitos neonatais dos anos de 2014 e 2015, entretanto, houve a disponibilização dos dados do ano de 2015, dessa forma, optamos por observar os prontuários dos pacientes que vieram a óbito antes do primeiro mês de vida dos anos de 2014 e 2015, a fim de trazer mais atualidade aos nossos resultados.

Foram analisados 87 prontuários dos anos supracitados. Neles foi observado que 19,54% das pacientes tinham idade entre 20-23 anos; 16,09% entre 32 e 35 anos; 12,69% entre 29-32 anos; 10,34% para cada grupo de 23-26 e 35-38 anos; 8,05% para cada grupo de 14-17, 17-20 e 26-29 anos; 6,9% para o grupo de 38-41 anos.

Quanto a raça, 88,5% se declararam pardas, 4,59% disseram ser negras, 4,59% tiveram esse dado ignorado e 2,3% se declararam brancas. Já em relação ao estado civil, 52 pacientes se encontravam em união estável ou união consensual, 18 eram casadas, 14 solteiras e, em 3 prontuários, esse dado foi ignorado.

Em relação à procedência, 75 pacientes vieram de região urbana e 12 vieram da zona rural. Em relação à escolaridade, 55,17% tinham o ensino médio completo, 14,94% tinham o ensino fundamental completo, 10,34% tinham o ensino fundamental completo, 9,19% tinham o ensino superior incompleto, 8,04% não eram alfabetizadas, 1,14% tinham o ensino superior incompleto e 1,14% tinham o ensino médio incompleto, conforme vemos na Figura 3:

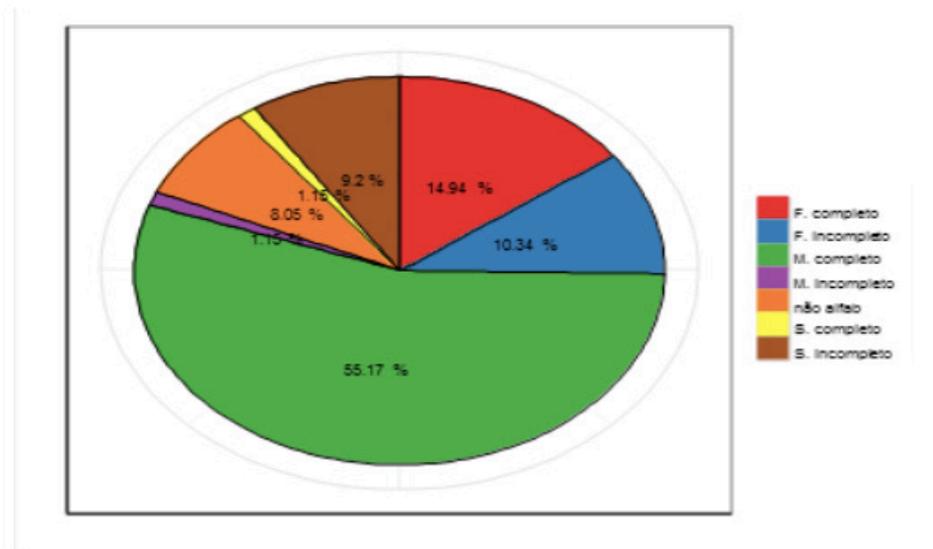


Figura 3 – Grau de escolaridade das pacientes cujos filhos evoluíram para óbito neonatal.

Tratando-se de paridade, 63,21% das mães eram múltíparas e 36,78% eram primíparas. 24,14% tiveram história de aborto prévio. Quanto à realização de partos cesarianos prévios, 54 mulheres nunca haviam passado por um parto cesáreo, 14 tinham feito 1 parto cesariano, 5 mulheres tinham feito 2 cesáreas, 1 mulher tinha realizado 3 cesárias e, em 13 mulheres, esse dado foi ignorado. Já em relação a partos normais, 48 mulheres nunca tiveram filhos pela via vaginal, 17 mulheres tiveram seus filhos através do parto normal, 2 tiveram 2 filhos por via baixa, 3 mulheres tiveram 3 filhos por via baixa e 4 mulheres tiveram 4 ou mais partos normais e, em 13 mulheres, esse dado foi ignorado.

Dentre os prontuários analisados, 39 mulheres não tiveram partos prematuros, 4 mulheres tiveram filhos prematuros previamente e, em 44 mulheres, esse dado foi ignorado. 5 mulheres perderam seus filhos após o parto previamente, 54 mulheres não perderam nenhum filho após o parto e, em 28 mulheres, esse dado foi ignorado.

Em relação a comorbidades, 69 mulheres não apresentavam doença prévia à gestação, 14 mulheres possuíam comorbidades prévias e, em 4 mulheres, esse dado foi ignorado. Dentre as doenças prévias encontradas, podemos citar hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatia, hipertireoidismo e síndrome dos ovários policísticos. 45 mulheres tiveram alguma intercorrência durante a gestação, 38 mulheres tiveram uma gestação sem intercorrências e, em 4 mulheres, esse dado foi ignorado. A intercorrência mais prevalente foi infecção do trato urinário, mas também estiveram presentes doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), anemia, colelitíase, pielonefrite, infecção manifesta pelo HPV, rubéola, toxoplasmose, hiperparatireoidismo, descolamento prematuro de placenta.

Quando ao uso de medicamentos, 45 mulheres afirmaram fazer uso de medicamentos durante a gestação, 38 disseram não ter usado nenhum medicamento e,

em 4 mulheres, esse dado foi ignorado. Os medicamentos utilizados foram amoxicilina, ácido fólico, sulfato ferroso, buscopam, cefalexina, cefalotina, ceftriaxona, chá de quebra pedra, misoprostol, hidralazina, metildopa, hioscina, metformina, caverdilol, sulfato de magnésio, anlodipina, pindolol, ranitidina, nifedipina, rovamicina, nistatina e ultrageston.

Em relação aos vícios, em 46 prontuários foram descritos que as pacientes não possuíam o hábito de fumar, 4 mulheres afirmaram que fumavam e, em 37 prontuários, esse dado foi ignorado. Esses dados estão ilustrados na Figura 4:

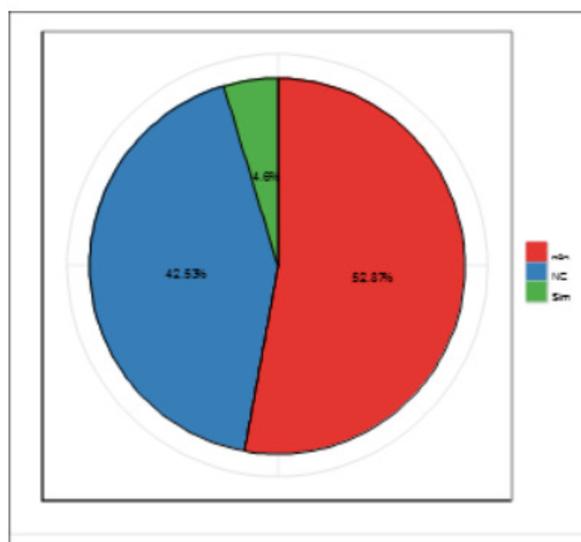


Figura 4 – Hábito de fumar durante a gestação das pacientes cujos filhos evoluíram para óbito neonatal.

Em relação ao uso de álcool, 1 gestante afirmou ter utilizado bebidas alcóolicas, 48 disseram que não tinham o hábito de beber e, em 38 prontuários, esse dado foi ignorado, conforme vemos na Figura 5:

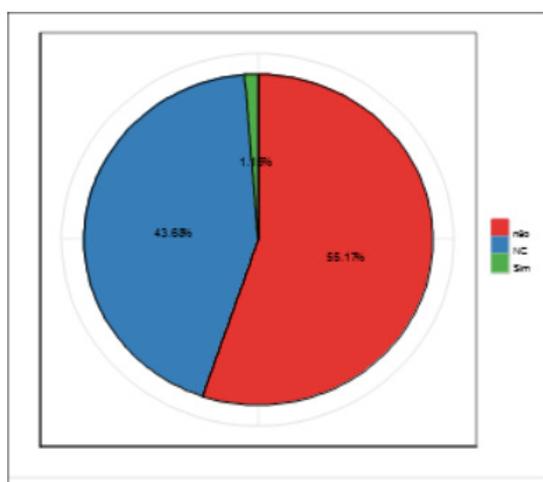


Figura 5 – Consumo de bebidas alcóolicas durante a gestação das pacientes cujos filhos evoluíram para óbito neonatal.

Em 1 prontuário foi registrado o uso de drogas ilícitas, 48 prontuários mostraram

ausência do uso de drogas e, em 38 prontuários, esse dado foi ignorado, conforme vemos na Figura 6:

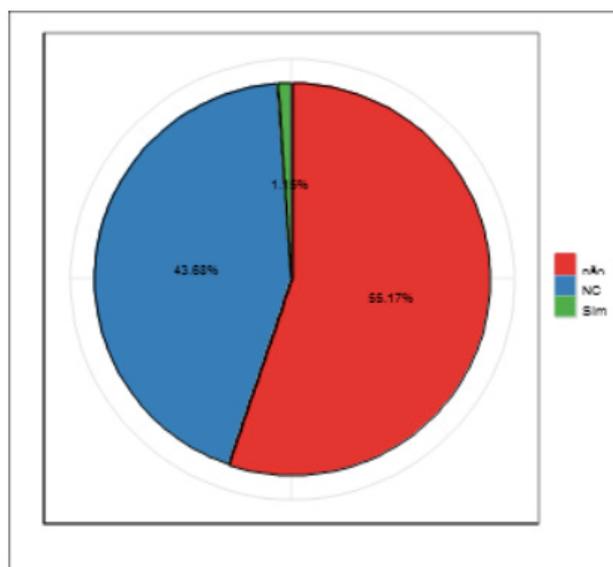


Figura 6 – Uso de drogas ilícitas das pacientes cujos filhos evoluíram para óbito neonatal.

Dos prontuários analisados, 87,04% revelaram que as mães realizaram pré-natal, 7,41% não realizaram e, em 5,56% esse dado foi ignorado. Apenas 31,48% das mulheres realizaram 6 ou mais consultas no pré-natal. Em todos os prontuários analisados, a informação sobre o desejo e o planejamento da gravidez foi ignorada. Esses dados estão demonstrados na Figura 7:

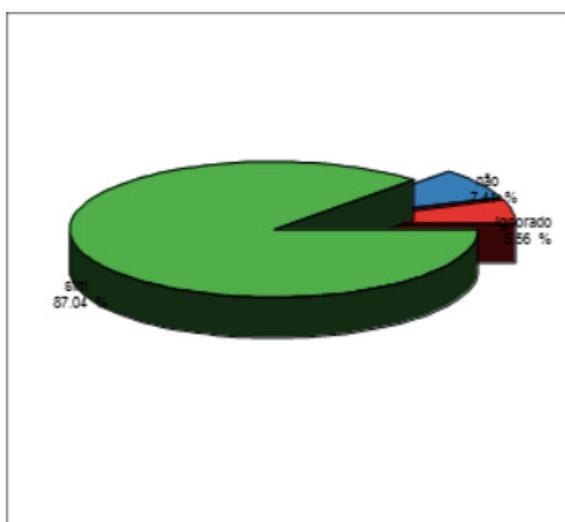


Figura 7 – Realização de pré-natal das pacientes cujos filhos evoluíram para óbito neonatal.

Dos pré-natais, 44,4% foram classificados como de baixo risco, 5,55% como de alto risco e, em 50% dos casos, esse dado foi ignorado.

Quanto a causa da morte do RN, 28 (32,2%) obtiveram óbito por choque séptico, 16 (18,4%) por insuficiência respiratória, 11 (12,6%) por hemorragia pulmonar, 10 (11,5%)

por prematuridade extrema, 4 (4,6%) por anóxia neonatal, 4 (4,6%) por malformações múltiplas, 3 (3,4%) por choque cardiogênico, 2 (2,3%) por insuficiência renal aguda, 1 (1,1%) por cardiopatia congênita, 1 (1,1%) por ictiose lamelar congênita, 1 (1,1%) por acidose metabólica grave e 6 (6,9%) não tiveram causa da morte identificada ou ignorada.

DISCUSSÃO

Em nosso trabalho, observamos que a idade das pacientes variou muito e não houve concentração nos extremos da vida reprodutiva, como é frequentemente encontrado como fator biológico de risco, refletindo a importância de outros fatores na ocorrência desses óbitos. Todavia, a gravidez na adolescência e no fim da vida reprodutiva não expressa apenas um risco biológico, mas também geralmente são fruto de gravidezes não planejadas e não desejadas, com dificuldade de aceitação familiar.

Quanto a raça das pacientes, 88,5% das mães eram pardas, sendo uma maioria absoluta nesse estudo, o que está de acordo com o achado na literatura revisada, haja vista que a mortalidade neonatal associa-se a raça negra de parda, na tentativa de compreender o contexto social da questão racial bastante marcante em nosso país. A associação entre raça e mortalidade infantil é estudada em países como os Estados Unidos, cujas taxas elevadas de mortalidade neonatal entre os recém-nascidos negros resultam de excesso de nascimentos prematuros e restrição de crescimento fetal, no entanto, muitas das diferenças raciais e étnicas permanecem inexplicadas biologicamente. Acrescenta-se a possibilidade de ocorrência nessa casuística de viés de aferição, tendo em vista a dificuldade da mensuração dessa variável, principalmente em sociedades multirraciais. (NASCIMENTO *et al.*, 2014)

A maioria das pacientes se declararam em união estável ou solteiras, com apenas 18 casadas. Na literatura, geralmente encontra-se um maior número de mulheres solteiras, quando se analisa mães de neonatos que evoluíram para óbito, isso estaria relacionado a ausência de suporte econômico, social e emocional durante a gravidez, configurando um fator de risco para morte neonatal. A definição de união estável dificulta a análise desse apoio oferecido, pois não se estabelece duração para o relacionamento, apenas a intenção de constituir família, o que pode trazer grande subjetividade a esse achado.

A procedência das pacientes analisadas nesse estudo foram majoritariamente procedentes da zona urbana, de áreas próximas à região metropolitana de João Pessoa, bem como da própria cidade.

Esse fator pode contribuir com a mortalidade neonatal, visto que o tempo ≥ 30 minutos gasto durante o deslocamento da gestante em trabalho de parto de casa para o hospital, que se manteve associado ao óbito neonatal nessa casuística. Esse determinante pode indicar a possibilidade de peregrinação das gestantes em busca

de atendimento obstétrico no momento do parto, indicando a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e comporta-se como fator decisivo dos desfechos negativos maternos e do recém-nascido. Quando a gestante e/ou o feto são considerados de risco, o problema torna-se mais grave, pois o acesso a maternidades de maior complexidade com leitos obstétricos especializados, bem como a disponibilidade de UTI neonatal são fatores que retardam o atendimento à gestante no momento do parto. (NASCIMENTO *et al.*, 2014)

No presente estudo, foi observado que a maioria das mães haviam concluído o ensino médio, o que contrasta com o encontrado na maioria dos estudos realizados em serviços públicos de maternidade. Como dito em Schoeps *et al.* 2007, a associação entre as mortes neonatais e o nascimento em famílias chefiadas por “analfabetos funcionais” costumam expressar baixa escolaridade materna, porque muitos trabalhos mostraram associação entre ambos. Não houve associação entre escolaridade materna e renda per capita materna. Contudo, a escolaridade dos chefes da família podem descrever a inserção social dessa população. A associação entre a escolaridade materna e a mortalidade neonatal foi encontrada em estudos que utilizam dados secundários (SIM, SINASC e prontuários hospitalares) e geralmente é uma das únicas variáveis de dimensão social exploradas.

Nessa análise, observamos que a maioria das mães dos neonatos que evoluíram para óbito eram múltíparas, com apenas 36,78% de primíparas. O número de filhos nascidos vivos é uma variável indicativa da distribuição dos filhos segundo sua ordem de nascimento e a idade da mãe no momento do nascimento, associando-se ao nível socioeconômico da mãe e à mortalidade infantil. Alguns estudos mostram estreita relação entre múltiplas gestações e a mortalidade neonatal (CARVALHO; GOMES, 2005; FERRARI *et al.*, 2006).

Em relação às vias de partos anteriores, não conseguimos compará-las como fator de risco para óbito neonatal na gravidez atual, influenciando apenas na escolha obstétrica da via de parto, entretanto, quando é analisada a via de parto da gestação atual verifica-se que, no estudo de coorte de Ortiz e Oushiro, 2008, a probabilidade de morte entre os nascidos de parto cesáreo foi 0,7 vez menor do que entre os de parto vaginal. Embora a probabilidade de morte diminua com a idade, essa diferença se reduz para 0,6 durante o período neonatal precoce; no período neonatal tardio o risco de morte é igual para ambas as categorias. A mortalidade neonatal mais elevada entre as crianças nascidas de parto vaginal, em comparação com o parto cesáreo, está relacionada ao fato de que essas últimas apresentarem baixo peso e/ou serem prematuras (CÉSAR *et al.*, 2000; FERRARI *et al.*, 2006). Ao mesmo tempo, outros estudos têm mostrado que nessa relação também têm forte influência a má qualidade da assistência ao parto normal, a elevada incidência de cesarianas, especialmente em gestações de baixo risco, e a realização de parto normal nas gestantes de alto risco (GIGLIO *et al.*, 2005).

A minoria das pacientes havia apresentado partos prematuros prévios e perda

de um filho após o parto, nesses casos, esse fatores podem ter influenciado na mortalidade neonatal. Victora *et al.* 1988, não encontraram relação entre a história de abortamento ou de natimortalidade prévia e a mortalidade neonatal precoce. Esses autores observaram que, para mortes na primeira semana de vida, os antecedentes mais importantes foram a história prévia de uma morte neonatal ou de um RN de baixo peso. Nascimento *et al.*, 2014 discutiram que a prematuridade pode acarretar problemas imediatos ou tardios ao recém-nascido, tais como: hipóxia, síndrome da membrana hialina, tocotraumatismos, hemorragias intracranianas, infecções, hipoglicemia e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. O efeito de problemas na gravidez tem sido amplamente discutido na literatura, sendo os partos prematuros e as perdas fetais e neonatais os mais avaliados. Possivelmente, esse conjunto de variáveis expressa a presença de problemas placentários ou outras condições maternas adversas que afetam o desenvolvimento da gravidez e possam contribuir para a ocorrência de morte neonatal. (SCHOEPS *et al.*, 2007)

Em relação às doenças prévias maternas, a mais encontrada na nossa população foi a hipertensão arterial sistêmica. No que diz respeito ao relacionamento entre desordem hipertensiva e mortalidade infantil, os resultados de alguns trabalhos apontam maiores chances de ocorrência da mortalidade neonatal para filhos de mães com esse problema na gestação. Outra doença muito prevalente foi o diabetes mellitus, com grande impacto na gestação, visto que níveis elevados de açúcar no sangue não controlados aumentam o risco de complicações - como possível aborto - durante a gravidez. Também pode afetar negativamente o desenvolvimento do feto, causando problemas tais como defeitos de nascimento ou parto prematuro. Muitas vezes, a mulher pode não saber que está grávida, até poucas semanas depois de que o bebê é concebido. Este é o momento em que os órgãos do bebê estão se formando. Altos níveis de açúcar no sangue durante estas primeiras semanas cruciais podem prejudicar coração, cérebro e coluna vertebral do bebê.

Das doenças presentes na gestação, a grande maioria dos casos foi de infecção do trato urinário, seguida pela DHEG. A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), é uma das complicações mais comuns e de maior morbimortalidade materna e perinatal ocupando o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo grávido- puerperal. ITU em gravidez se associa a um maior índice de prematuridade, baixo peso e mortalidade perinatal, além de maior morbidade materna. As alterações mecânicas e fisiológicas da gravidez que contribuem para ITU incluem: a) dilatação pélvica e hidroureter (vide comentários acima); b) aumento do tamanho renal (1 cm) c) modificação da posição da bexiga que se torna um órgão abdominal e não pélvico; d) aumento da capacidade vesical devido à redução do tônus vesical hormônio-mediado; e) relaxamento da musculatura lisa da bexiga e ureter progesterona-mediados. (HEILBERG e SCHOR, 2003)

Quanto ao uso de medicamentos, nossos achados estão de acordo com o estudo de Osório de Castro *et al.*, 2004. que afirmaram uma média de 2,08 medicamentos

prescritos no parto e 2,3 usados durante a gestação, sendo os mais prescritos anestésicos, antibióticos, ocitocina e analgésicos, com diferenças significativas entre estratos, e os mais referidos sulfato ferroso, vitaminas, escopolamina e paracetamol. Para interromper a gravidez, 49,7% relatam o uso de chás e 9,2% de misoprostol.

No quesito consumo de álcool, cigarro ou drogas durante a gestação, os dois grandes resultados foi a negativa do uso de tais agentes e a ausência de informação sobre esses comportamentos, o que prejudicou grandemente a análise desta questão na pesquisa. Através da literatura revisada pudemos constatar que o consumo de algumas drogas ilícitas (maconha, cocaína e opióides), de álcool e tabaco durante a gestação pode trazer muitos malefícios não somente a quem a utiliza, mas também a outro ser ainda em desenvolvimento. Há, no entanto, uma necessidade crescente de novos estudos sobre a amplitude dos fatores que podem influenciar nos seus resultados como, por exemplo, o nível sócio econômico e a falta de informações sobre o tipo, tempo de exposição e quantidade consumida da droga.

Na nossa análise, houve uma grande maioria de pacientes que realizaram o pré-natal, todavia uma minoria delas concluíram 6 ou mais consultas, como é recomendado pelo Ministério da Saúde, o que está de acordo com a associação entre baixo comparecimento nessas consultas e incidência de complicações posteriores. Conforme Kramer *et al.* 2001 discutiram que a ausência ou baixa frequência de consultas pré-natais têm sido apontadas como fatores de risco para morte neonatal precoce, morte perinatal e de baixo peso ao nascimento. No entanto, este resultado não é confirmado pelos ensaios clínicos em países desenvolvidos, sugerindo que este dado possa indicar a presença de gestação indesejada. Esse facto pode também ser melhor expressa nos nossos resultados na análise de que, em áreas mais pobres, o pequeno número de consultas pode ser reflexo de menor orientação e de exclusão social. O número de consultas de pré-natal é um indicador muito utilizado para avaliar as condições de atendimento às gestantes, pois as consultas em número adequado possibilitariam detectar riscos que incidem na morbimortalidade materna e infantil, além de reduzir a ocorrência de prematuridade e de mortalidade perinatal. (ORTIZ E OUSHIRO, 2008)

A ausência de informações sobre o desejo e planejamento da gravidez foi predominante em nossa pesquisa, pois nenhum dos prontuários trouxeram essa informação. Esse fato está de acordo com o discutido por Schoeps *et al.* 2007: gravidezes indesejadas são muito difíceis de avaliar, mesmo quando se aborda essa questão com outros familiares da paciente.

Em relação à causa de óbito neonatal, observou-se neste estudo que a prematuridade e suas complicações (doença da membrana hialina e desconforto respiratório do RN) são as causas mais prevalentes de óbito neonatal, seguidas das infecções, que levaram ao choque séptico, malformações congênitas e anóxia/asfixia neonatal. Este resultado corrobora com os outros estudos já realizados no território nacional, os quais demonstraram que a prematuridade é a principal causa de óbito

neonatal, seguida pelas infecções, malformações e asfixia/hipóxia. Essas causas têm maior contribuição no excesso de risco de morte neonatal no Brasil e indicam problemas na assistência relacionados ao cuidado pré-natal, durante o trabalho de parto, e ao recém-nascido, resultado típico de países em processo de desenvolvimento. (FRANÇA e LANSKY, 2009)

Um grande desafio para a nossa pesquisa foi a obtenção dos dados completos nos prontuários, uma vez que se constatou uma grande deficiência no preenchimento dos mesmos através da ausência de muitas informações, o que dificultou a conclusão de alguns quesitos analisados.

CONCLUSÃO

Ao analisar todos os parâmetros avaliados, fica clara a dificuldade de traçar um perfil único para as pacientes cujos seus filhos evoluíram para óbito durante o período neonatal, uma vez que cada um desses fatores desempenha seu papel em combinações diversas e, muitas vezes, de forma independente. É evidente, entretanto, a fundamental importância da questão social nesse desfecho. As pacientes de baixa renda, com menor escolaridade, sem apoio familiar e com dificuldade de acesso integral aos serviços de saúde são demonstradas na literatura como de maior risco para a mortalidade neonatal.

O perfil encontrado nas mães dos recém-nascidos que evoluíram para o óbito no período estudado foi compatível apenas parcialmente com os achados epidemiológicos que relacionam a mortalidade neonatal com a desigualdade social, com baixas condições socioeconômicas e com o baixo acesso aos serviços de saúde, bem como com uma assistência pré-natal deficiente, mesmo assim, é necessário reforçar a necessidade de implementar políticas eficientes, visando a melhora dessa realidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B. F.; BOZZETTI, M. C.; TANAKA, A. C. A. Mortalidade neonatal precoce em Caxias do Sul: um estudo de coorte. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, v. 76, p. 200-6, 2000.

ARAÚJO B.F.; BOZZETTI M. C.; TANAKA A. A; Early neonatal mortality in Caxias do Sul: a cohort study. **J Pediatría**, v.76, 200-206, 2000.

BARROS, F. C. Saúde materno-infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: principais conclusões da comparação dos estudos das coortes de 1982 e 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 12, p.1-9, 2011.

BONETT, D.G.; SEIERB, E. A test of normality with high uniform power. **Computational Statistics & Data Analysis**, v.40, n.3, p.435-445, 2002.

CALDEIRA AP, FRANCA E, PERPÉTUO IHO, GOULART EMA. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Rev Saúde Pública**, v.39, p. 67-74, 2005.

CÉSAR, C.C.; RIBEIRO, P.M.; ABREU, D.M.X. Efeito-idade ou efeito-pobreza? Mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 17, p. 177-196, 2000.

CARVALHO, M.; GOMES, M.A. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **Jornal de Pediatria**, n. 81, p. 111-118, 2005.

FERRARI LSL, BRITO ASJ, CARVALHO ABR, GONZÁLES MRC. Mortalidade neonatal no Município de Londrina, Paraná, Brasil, nos anos 1994, 1999 e 2002. **Cad Saúde Pública**, v. 22, p.1063-1071, 2006.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: **Organização Pan-americana da Saúde**: p. 83-112, 2009.

GIGLIO, MRP; LAMOUNIER, JA; MORAIS NETO, OL; CÉSAR, CC. Low birth weight in a cohort of newborns in Goiânia-Brazil in 2000. **Rev Bras Ginecol Obstet**. V. 27, p.130-136,2005.

HEILBERG I.P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – ITU. **Rev Assoc Med Bras**. v. 49, p. 109-116, 2003.

KRAMER, M.S., SÉGUIN, L., LYDON, J., GOULET, L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? **Paediatr Perinat Epidemiol**. v. 14, p. 194-210, 2001.

LAURENTI R, MELLO JORGE MHP, LEBRÃO ML, GOTLIEB SLD. **Estatísticas de Saúde**. São Paulo: EPU; 2005.

NASCIMENTO, LUIZ FERNANDO COSTA; ALMEIDA, MILENA CRISTINA DA SILVA;

GOMES, CAMILA DE MORAES SANTOS. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, p. 303-309, 2014.

NASCIMENTO R. M; LEITE A. J; ALMEIDA N.M; ALMEIDA P. C; SILVA C. F. Determinants of neonatal mortality: a case-control study in Fortaleza, Ceará state, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 28, p. 559-572, 2012.

ORTIZ, L.P.; OUSHIRO, D.A. Perfil da mortalidade neonatal no estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 19-29, 2008.

OSÓRIO-DE-CASTRO CGS, PEPE VLE, LUIZA VL, COSENDEY MAE, FREITAS AM,

MIRANDA FF. Uso indicado e uso referido de medicamentos durante a gravidez. **Cad Saúde Pública**. V.20 p. 73-82, 2004.

SCHOEPS, D., ALMEIDA, M. F. D., ALENCAR, G. P., FRANÇA JR, I., NOVAES, H. M. D., SIQUEIRA, A. A. F. D., RODRIGUES, L. C. Risk factors for early neonatal mortality. **Revista de saude publica**, v.41, p. 1013-1022, 2007.

SHAPIRO, S. S.; WILK, M. B. An Analysis of Variance Test for Normality. **Biometrika**, v. 52, n. 3/4, p. 591 – 611, 1965.

SILVA, A. A. M. D., RIBEIRO, V. S., BORBA JÚNIOR, A. F., COIMBRA, L. C., SILVA, R. A. D.

Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998.

Revista de Saúde Pública, São Paulo: USP, v. 35, n. 6, p. 508-514, 2011.

SIMÕES, C. C. da S. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: **Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde**, 126 p. 2002.

SOUSA, T. R. V.; LEITE FILHO, P. A. M. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: USP, v. 42, n. 5, out. 2008.

SOARES, E.S.; MENEZES, G.M.S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, 19(1):51-60, 2010.

SANTANA, I. P., SANTOS, J. M. D., COSTA, J. R. D., OLIVEIRA, R. R. D., ORLANDI, M. H. F., MATHIAS, T. A. D. F. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paul Enferm.** v.24, p.556-562, 2011.

VICTORA, C.G., BARROS, F.C., VAUGHAN, J.P. **Epidemiologia da Desigualdade**. São Paulo: Hucitec; 1988.

SOBRE OS ORGANIZADORES

NAYARA ARAÚJO CARDOSO Graduada com titulação de Bacharel em Farmácia com formação generalista pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA. Especialista em Farmácia Clínica e Cuidados Farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia – ESAMAZ. Mestre em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral. Membro do Laboratório de Fisiologia e Neurociência, da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral, no qual desenvolve pesquisas na área de neurofarmacologia, com ênfase em modelos animais de depressão, ansiedade e convulsão. Atualmente é Farmacêutica Assistente Técnica na empresa Farmácia São João, Sobral – Ceará e Farmacêutica Supervisora no Hospital Regional Norte, Sobral – Ceará.

RENAN RHONALTY ROCHA Graduado com titulação de Bacharel em Farmácia com formação generalista pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica e Gestão de Farmácia Hospitalar pela Universidade Cândido Mendes. Especialista em Análises Clínicas e Toxicológicas pela Faculdade Farias Brito. Especialista em Farmácia Clínica e Cuidados Farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia - ESAMAZ. Especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde do Sistema Único de Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Farmacêutico da Farmácia Satélite da Emergência da Santa Casa de Sobral, possuindo experiência também em Farmácia Satélite do Centro Cirúrgico. Membro integrante da Comissão de Farmacovigilância da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Farmacêutico proprietário da Farmácia Unifarma em Morrinhos. Foi coordenador da assistência farmacêutica de Morrinhos por dois anos. Mestrando em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-127-5

