

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

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

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: Objetivou-se conhecer as causas e variáveis associadas à mortalidade infantil neonatal relacionadas com o óbito infantil de uma maternidade na microrregião de Campina Grande PB, no ano de 2014, de acordo com as informações obtidas no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA) PB. Foram feitos estudo descritivo envolvendo 5976 RN acompanhados até a alta. Foram analisadas variáveis maternas, do RN e variáveis da gestação, da procedência, do peso ao nascer, do parto, dos atendimentos e causas de óbitos. Foi feita uma análise descritiva dos dados, podendo assim observar diversos fatores associados à mortalidade neonatal. A partir dos resultados obtidos foi possível verificar quanto às patologias apresentadas durante a gestação, as mais prevalentes foram infecção do trato urinário (18%) e pré-eclâmpsia (14,5%),

patologias frequentemente relacionadas à prematuridade. Dentre as causas de óbito, as mais frequentes foram prematuridade extrema (IG<28 semanas) com 37 casos (31,2%); malformações congênitas múltiplas incompatíveis com a vida: 19 casos (16,2%), sendo 05 casos de anencefalia (26,3%); sepsse neonatal tardia: 16 casos (13,6%) e sepsse neonatal precoce (menos de 48 horas de vida): 11 casos (9,4%). Quarenta e seis (46) recém-nascidos tinham idade gestacional inferior a 28 semanas (prematuridade extrema). Quanto à procedência materna, 90 (77%) das mães eram procedentes de outros municípios, enquanto que apenas 27 (23%) eram do município de Campina Grande. Estes resultados servem como intermédio para demonstrar ao poder público, que há uma necessidade de se investir e ampliar os recursos na saúde pública, principalmente em setores de atendimento à gestante e a qualificação profissional, como forma de reduzir a mortalidade infantil, visando a igualdade e a melhora no sistema público de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: bioestatística, mortalidade infantil, saúde pública.

1 | INTRODUÇÃO

Mortalidade infantil é caracterizada pela morte de uma criança no seu primeiro ano de

vida, esta pode ser dividida em dois componentes, mortalidade infantil neonatal (óbitos entre 0 a 27 dias de vida) e mortalidade infantil pós-neonatal (óbitos entre 28 e 364 dias de vida). Entre o período neonatal pode-se considerar duas divisões, neonatal precoce, que são os óbitos entre zero e o sétimo dia incompleto de vida, e neonatal tardio, que são aqueles entre o sétimo e o vigésimo oitavo dia incompleto de vida.

A Taxa de Mortalidade Infantil – TMI, segunda a Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSAs – é o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, em um ano considerado. Esse indicador estima o risco de uma criança nascida viva morrer antes de completar seu primeiro ano de vida (SARDINHA, 2014).

A TMI é considerada o principal indicador que determina as condições de vida e de saúde em uma determinada população. Segundo o Ministério da Saúde (2003), as taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em altas quando são maiores que 50 óbitos por mil nascidos vivos, médias quando são entre 20 a 49 óbitos por mil nascidos vivos e baixas, quando são menores que 20 óbitos por mil nascidos vivos. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a TMI nos países não deve ser superior que 10 óbitos para cada mil nascidos vivos.

Segundo França *et al* (2012), a TMI está diretamente associada a fatores socioeconômicos determinantes das condições de vida e a fatores associados à atuação dos serviços de saúde, como o acesso e qualidade da atenção de saúde individual e políticas públicas da saúde.

Alguns autores têm apontado que a morte infantil no Brasil é um evento em sua grande maioria previsível. Mortes previsíveis são aquelas mortes que poderiam ser evitadas com tecnologias adequadas e de atenção à saúde de uma população. Isso significa que esse conceito é variável no tempo e no espaço, de acordo com as tecnologias disponíveis. A morte previsível pode também ser vista como um evento sentinela porque sua ocorrência deveria ser capaz de acionar mecanismos de investigação e busca de explicações para o ocorrido, pois pode indicar problemas na atenção à saúde e outros setores que necessitam de aprimoramento (SARDINHA, 2014).

A mortalidade infantil é considerada evitável, na maioria dos casos, isto, deve-se ao intermédio de políticas e investimentos na saúde pública de uma determinada população, com distribuição igualitária, contudo, quando tal investimento é escasso, acaba ocasionando na morte de diversas crianças, que poderiam ser evitadas. Isso porque a Taxa de Mortalidade Infantil está ligada ao nível de desenvolvimento de uma dada região.

Aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos ocorrem por causas evitáveis, entre elas, falta de atenção adequada à mulher durante a gestão, no parto e também ao feto e ao bebê. Além desses fatores, a mortalidade infantil também está associada à educação, ao padrão de renda familiar, ao acesso aos serviços de saúde, à oferta água tratada e esgoto e ao grau de informação das mães.

A TMI é usada internacionalmente pela UNICEF, como sendo um importante indicador de saúde de uma população. Devido a sua importância, a ONU elegeu a mortalidade na infância (mortes entre crianças menores de 5 anos de idade sendo o seu componente de maior magnitude o da morte em menores de 1 ano) como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM. Nesse contexto, 189 países pactuaram como meta a redução desse risco precoce de morte em dois terços entre 1990 e 2015 (SARDINHA, 2014).

Pesquisas realizadas durante o período 1970-2000 por diversos órgãos como IBGE e Ministério da Saúde, apontam questões sobre os determinantes da redução da mortalidade infantil no Brasil. Há diferentes fatores socioeconômicos determinantes na diminuição da taxa de mortalidade infantil que varia de acordo com a região geográfica e o tempo (PAIXÃO; FERREIRA, 2012).

A Taxa de Mortalidade Infantil vem decrescendo no Brasil e no Mundo durante os anos, entretanto no Brasil, esse decréscimo não é uniformemente distribuído.

Simões (2003), mostra que essa redução desigual acentuou-se ao longo dos anos, pois se antes da década de quarenta as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Norte mostravam tendências declinantes, as regiões Sul e Nordeste apresentavam ainda níveis instáveis. A taxa de redução de mortalidade infantil até a década de sessenta manteve-se a menos de 10% a cada década, para média brasileira; e as maiores reduções só começaram a partir da década de setenta quando a diferença para a década de oitenta foi de 28% para média nacional. No entanto a velocidade de redução da taxa de mortalidade infantil da região Nordeste foi mais lenta com maiores ganhos apenas na última década.

Um estudo feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a respeito da taxa de mortalidade infantil no Brasil nos anos de 2000 a 2015, revela que no início do estudo a taxa de mortalidade infantil era de 29,02 para cada mil nascidos vivos; em 2007 baixou para 19,98 e chega em 2015 com 13,82 para cada mil nascidos vivos; ou seja, houve no período estudado um decréscimo contínuo e significativo na taxa de mortalidade infantil no país.

Segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM 2013, o Brasil já alcançou a meta de redução da mortalidade na infância, estando à frente de muitos países. O principal indicador da meta A é a taxa de mortalidade entre crianças menores de 5 anos, que expressa a frequência de óbitos nessa faixa etária para cada mil nascidos vivos. A taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011 e, de acordo com as tendências atuais, é possível que em 2015 seja alcançado um resultado superior à meta estabelecida para este ODM. O Brasil também já atingiu a meta estabelecida em relação às mortes de crianças com menos de 1 ano de idade, passando de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015.

Por outro lado, vale destacar que a redução na TMI no Brasil nas últimas duas décadas foi acompanhada de relevante redução das desigualdades regionais

para esse indicador. Observou-se redução da TMI em todas as cinco regiões, com destaque ao ótimo desempenho das regiões Norte e Nordeste, onde as piores TMI eram observadas no período de análise (SARDINHA, 2014).

Trata-se de um estudo observacional e de caso, realizado na cidade de Campina Grande PB, no ano de 2014, com o objetivo de determinar se existe relação ou diferença entre os óbitos ocorridos em pacientes provenientes da cidade de Campina Grande e os óbitos dos pacientes provenientes de outras microrregiões de saúde, a fim de refletir o impacto das redes de saúde locais para a população. Identificar os principais fatores de risco para mortalidade infantil geral e por causas evitáveis. Conhecer as causas da mortalidade infantil por causas evitáveis, a fim de monitorá-las e propor estratégias de redução destes óbitos. Definir modelos estatísticos na aplicação dos dados. E de modo geral realizar um diagnóstico da mortalidade neonatal no Município de Campina Grande, no período de 01 de janeiro 2014 a dezembro de 2014, no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), a fim de classificar os óbitos e a origem da criança do período estudado.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

A morte infantil corresponde à morte de uma criança nascida viva antes de completar o primeiro ano de vida. Atualmente, o Brasil apresenta predomínio das mortes infantis que ocorrem no período neonatal (morte de nascidos vivos até 28 dias de vida) em relação àquelas do período pós-neonatal (mortes de nascidos vivos de 29 até 364 dias de vida). Entre 2000 e 2010, a proporção de mortes no período neonatal ampliou de 63,9% para 69,4% do total de mortes infantis, respectivamente; enquanto que nesse mesmo período a proporção de mortes no período pós-neonatal declinou de 36,1% para 30,6%, respectivamente (SARDINHA, 2014).

Observa-se aumento da contribuição dos óbitos neonatais (0-27 dias) em todas as regiões do país, representando entre 67% a 70% do total de óbitos infantis em 2008-2010. Destaca-se a mortalidade neonatal precoce (0-6 dias), correspondendo a mais de 50% dos óbitos infantis em 2008-2010 e, de forma mais expressiva, na Região Nordeste. Interessante observar que ocorre maior homogeneidade na distribuição proporcional da mortalidade pós-neonatal nos anos recentes, representando de 30% a 33% dos óbitos infantis em todas as regiões do país (FRANÇA *et al*, 201-). Ainda segundo os autores, o risco de morte infantil devido às malformações congênitas diminuiu pouco nos períodos analisados, mas este grupamento passou a ter uma importância relativa muito maior em 2010. As infecções perinatais, ao contrário, tiveram uma taxa cerca de duas vezes menor em 2010, mas permaneceram com distribuição proporcional semelhante. Entre as infecções perinatais, predomina a septicemia neonatal, responsável por 72% dos óbitos deste grupamento em 2010. Em relação à asfixia/hipóxia, apesar da importância relativa ser semelhante nos dois períodos, houve uma diminuição expressiva do risco de morte por essa causa em

2010, ao contrário dos óbitos relacionados a fatores maternos, que passaram a ter mais relevância.

Segundo Poles e Parada (1998), a idade materna tem sido apontada como fator de risco para a mortalidade infantil, pois a gestação nos extremos da vida reprodutiva: abaixo de 20 e acima de 35 anos, pode trazer risco tanto para mãe quanto para o bebê. De acordo com os autores, a escolaridade também é um dos fatores que influenciam na mortalidade infantil e concluem afirmando que, o aumento da escolaridade da população, em especial das mulheres, é uma das formas mais eficientes de evitar o risco de mortalidade infantil, pois, de maneira geral, as mulheres com mais tempo de estudo são mais capazes de regular sua fecundidade e mais sensíveis às campanhas de educação em saúde, aderindo mais facilmente a programas de puericultura.

Já em seus estudos realizados no Estado da Paraíba, Paixão e Ferreira (2012), destacaram que, os resultados estimados por MQO *Pooled* indicaram que as variáveis renda, e gasto com saúde e saneamento não forma significativas. As demais foram estatisticamente significativas ao nível de 10%. As variáveis: coleta de lixo, renda média e gasto com saúde e saneamento não apresentam sinal esperado. O principal fator para reduzir a taxa de mortalidade infantil, segundo a estimação por POLS, em módulo, é a taxa de analfabetismo e a taxa de fecundidade, pois estes apresentam maior elasticidade. Em sequência tem-se índice de gini, coleta de lixo e cobertura da rede geral de abastecimento de água. Pelo modelo, ao ser eliminado o analfabetismo – ampliando o serviço de educação básica – e a mulher tendo menos filhos, a esperança de diminuir a taxa de mortalidade infantil será maior.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), o Brasil apresentou uma redução expressiva da taxa de mortalidade infantil (TMI) no período de 1990 a 2012, passando de 47,1 óbitos infantis por mil nascidos vivos em 1990 para 14,6/1.000 NVs em 2012, significando uma redução de aproximadamente 70% neste período. Esta queda ocorreu em todas as regiões brasileiras, com destaque para o Nordeste, cuja taxa situava-se muito acima das demais em 1990, alcançando 75,8/1.000 NVs, e em 2012 caiu para 17,1/1.000 NVs, inferior à da Região Norte, estimada em 19,5/1.000 NVs.

Outro importante aspecto destacado, refere-se à mudança no perfil da mortalidade infantil no País, ao longo do período estudado. Se em 1990 o componente pós-neonatal tinha maior importância na estrutura desta mortalidade (51% da mortalidade infantil), em 2012 o componente neonatal precoce assume o papel preponderante (53%), enquanto que o pós-neonatal caiu para 29%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Esses dados corroboram com a tendência de maior ocorrência da mortalidade infantil nos primeiros momentos de vida, e confirmam a complexidade da redução do componente neonatal. Da mesma forma que no ano anterior em 2012, verifica-se que cerca de um em cada quatro óbitos infantis acontecem nas primeiras 24 horas de vida, em todas as regiões do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Segundo Almeida *et al* (2002), os nascimentos ocorridos em hospitais pertencentes ao SUS estão associados à ocorrência de óbitos neonatais, bem como para aqueles

em que não foi possível obter esta informação no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde. Ao considerar como categoria de referência os hospitais universitários, nascer em hospitais gerais, clínicas e maternidades mostrou-se um fator protetor; entretanto, após o ajuste para a presença das demais variáveis, somente nascer em clínicas manteve efeito protetor para o óbito neonatal. Verifica-se ainda que nascer por parto cesáreo também mostra ter efeito protetor para o óbito neonatal após o ajuste.

3 | METODOLOGIA

Foram investigados os óbitos de crianças com mortalidade neonatal (óbitos entre 0 e 27 dias de vida) nascidos no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), na cidade de Campina Grande, no período de 2013 a 2014, microrregião do estado da Paraíba, que atende uma população de mais de um milhão habitantes. Foi realizado um estudo transversal com todos os partos realizados no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA) no período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2014. Para coleta de dados e de informações, utilizamos dados primários do Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), esses dados foram retirados dos prontuários das mães que realizaram seus partos e que serão investigados em relação aos óbitos neonatais precoces e tardios.

A análise estatística foi realizada com a aplicação de um teste de normalidade, cuja hipótese será testada através do teste de normalidade denominado Shapiro Wilk (BONETT;

SEIERB, 2002), tendo sido escolhido o modelo que será aplicado somente após a verificação da normalidade dos testes estatísticos apropriados para a análise.

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 provém de uma população com distribuição normal. Para tanto é calculada a estatística W , dada por (SHAPIRO; WILK, 1965):

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

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 . 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.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 mostra o número de nascidos vivos e a mortalidade neonatal, no período de Janeiro à Dezembro de 2014, no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida

Nº de nascidos vivos	Mortalidade (número absoluto)	Mortalidade Neonatal (Nº de óbitos) x1000 /(nascidos vivos)*****
5839	117	(117/5839) x 1000 = 20,03768

Tabela 1 - Nº de Nascidos vivos e mortalidade neonatal ISEA – 2014 (Óbitos até 28 dias de vida) Janeiro à Dezembro de 2014

De um total de 5839 nascidos vivos, observa-se que houve 117 mortes entre eles, que representa 2% do total de nascido vivos.

A Tabela 2 mostra a relação do total de partos, o número de nascidos vivos, o número de óbitos e a mortalidade neonatal ocorridos no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida no período de Janeiro à Dezembro de 2014. Perceba que o período que ocorreu um número mais elevado de óbitos é o mês de Janeiro com 16 (13,67%) mortes, e o mês que teve o menor número de mortes é o mês de Maio com apenas 5 (4,27%) óbitos.

Mês	Nascidos vivos	Óbitos	Total de Partos	Por 1000 nascidos Vivos
Jan	413	16	429	38,74
Fev	424	12	436	28,30
Mar	514	13	527	25,29
Abr	467	10	477	21,41
Mai	474	5	479	10,55
Jun	488	12	500	24,59
Jul	525	8	533	15,24
Ago	511	6	517	11,74
Sem	495	7	502	14,14
Out	537	11	548	20,48
Nov	498	7	505	14,06
Dez	492	10	502	20,32
Total	5838	117	5955	

Tabela 2 - Mortalidade Neonatal (de janeiro a dezembro de 2014).

Mortalidade Neonatal:

$$\frac{\text{Número de óbitos} * 1000}{\text{Número de nascidos vivos}}$$

Pode-se observar na Figura 1 que 77% eram de mães procedentes de outros

municípios, e apenas 23% eram de mães procedentes do município de Campina Grande.

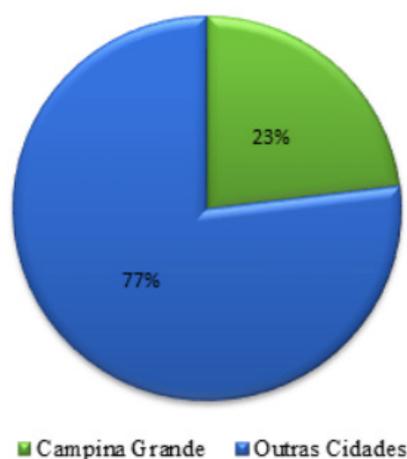


Figura 1 - Procedência materna dos óbitos no ISEA de janeiro a dezembro de 2014.

A Tabela 3 faz um comparativo entre a quantidade de partos dos residentes da cidade de Campina Grande e dos residentes de outras cidades. Note que, grande parte dos partos realizados no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida no ano 2014 foram provenientes de mães residentes de outras cidades, totalizando 4068 (69%) do total de partos, enquanto que a porcentagem de partos realizados com mães residentes da cidade de Campina Grande totalizaram apenas 1850 (31%) de todos os partos. Mesmo tendo, as outras cidades um número maior de partos, é possível enxergar que, em relação a quantidade de nascidos vivos em sua respectiva localidade, a mortalidade esteve mais presente nas regiões fora da cidade de Campina Grande. O que vai de encontro com resultados encontrados no estudo de (ALBERTO, S.A, 2011) que diz que a localidade de residência da mãe se sobressai como um importante fator associado à mortalidade neonatal e pós-neonatal.

Atendimento	Vivos	Porcentagem nascidos vivos	Mortos	Porcentagem dos mortos	Total de Partos	Porcentagem de partos
Campina Grande	1820	31%	30	26%	1850	31%
Outras cidades	3981	69%	87	74%	4068	69%
Total	5801	100%	117	100%	5918	100%

Tabela 3 - Partos no ISEA dos residentes em Campina Grande e outras cidades em 2014.

Fonte: ISEA

A Figura 2 mostra a mortalidade neonatal dos nascidos vivos no ISEA, destacando a quantidade de mortes neonatais precoce (mortes entre 0 à 6 dias de vida), e a quantidade de mortes neonatais tardia (mortes entre 7 à 28 dias de vida). Das 117 mortes ocorridas neste período, 98 (84%) aconteceram entre 0 e 6 dias de

vida (mortalidade neonatal precoce). E dos 98 óbitos precoces, 36 (36,7%) ocorreram na sala de parto, nos primeiros minutos de vida, em recém-nascidos extremamente prematuros (abaixo dos limites de viabilidade, com idade gestacional inferior a 25 semanas) ou com malformações congênitas incompatíveis com a vida.

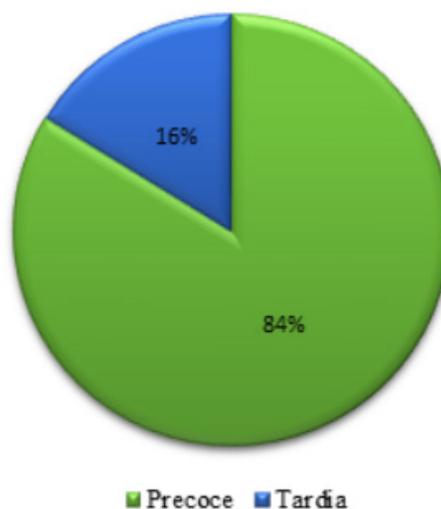
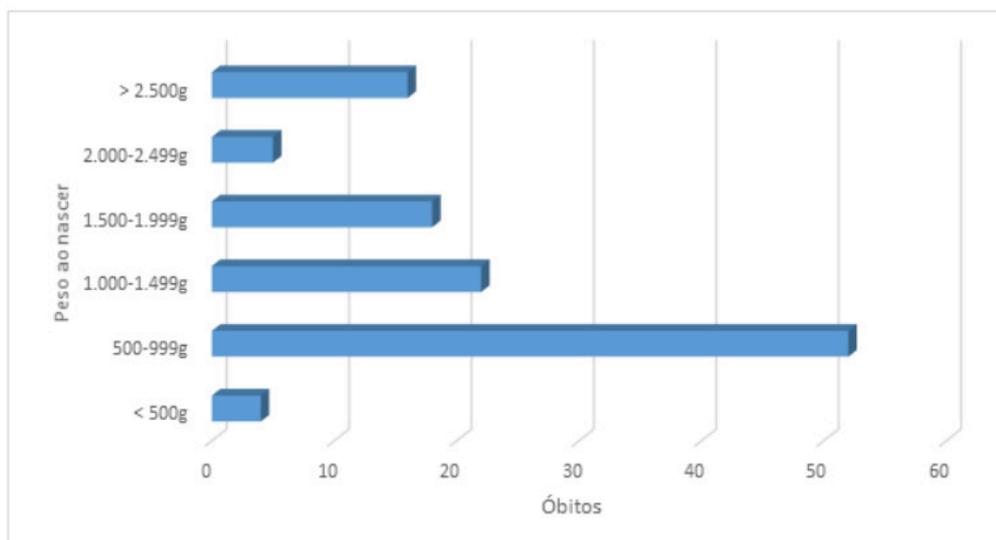


Figura 2 - Mortalidade neonatal (precoce x tardia) por 1000 nascidos vivos de janeiro a dezembro de 2014.

A Figura 3 expõe a mortalidade neonatal em relação ao peso ao nascer. Percebe-se, que a faixa em que ocorreu uma maior quantidade de óbitos foi a de crianças que nasceram entre 500g à 999g, que totalizou 44,45% de todas os óbitos, e a mortalidade entre crianças que nasceram com peso inferior a 500g não teve um número significativamente alto, totalizando 3,42% de todas as mortes. Em um estudo feito na cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, (POTRICH, T. *et al*, 2011) também encontraram que, houve maior frequência de óbitos em crianças que nasceram com peso entre 500g à 999g.



A Tabela 4 mostra uma relação entre os óbitos ocorridos em bebês cujas as mães fizeram ou não uso de corticoides. Vale salientar que o uso de corticoides durante a gravidez não é recomendado, uma vez que aumenta o risco da criança nascer com baixo peso. É possível observar que os óbitos foram mais frequentes em mães que fizeram uso de corticoides durante a gravidez, que totalizaram 47,3% de todos os óbitos.

Óbitos	Nº	%
Sim	44	47,3
Não	28	30,1
Sem relato	21	22,5
Total	93	100

Tabela 4 - Uso de corticoide antenatal – óbitos abaixo de 34 semanas de idade gestacional de janeiro a dezembro de 2014

A Tabela 5 apresenta as causas de óbitos neonatais precoces e tardios, no período de Janeiro à Dezembro de 2014. A partir da observação da tabela, fica claro que a maior causa dos óbitos foi a Prematuridade extrema (nascimentos de crianças com idade gestacional inferior a 28 semanas) que totalizou 31,6% de todos os óbitos, e a causa que menos influenciou na mortalidade infantil foi a Síndrome de aspiração meconial, representando apenas 1,7% de todos os óbitos. Em estudos realizados em Fóz do Iguaçu, Paraná (ROBERTO, V. D *et al*, 2011) também destacaram a prematuridade como um dos fatores associados a mortalidade infantil.

CAUSAS	Nº	%
Prematuridade extrema (< 28 sem)	37	31,6%
Doença da membrana hialina	03	2,56%
Sepse precoce	11	9,4%
Sepse tardia	16	13,6%
Síndrome de aspiração meconial	02	1,7%
Pneumonia intrauterina	03	2,56%
Asfixia perinatal	03	2,56%
Cardiopatía	03	2,56%
Anencefalia	05	4,27%
Hemorragia pulmonar	09	7,69%
Outras causas, incluindo causas indefinidas	09	7,69%
TOTAL	117	100%

Tabela 5 - Causas de óbitos neonatais precoces e tardios – janeiro a dezembro de 2014 (rn admitidos na UTI neonatal e óbitos em sala de parto)

5 | CONCLUSÃO

Ocorreram 117 óbitos neonatais no ano de 2014 (janeiro a dezembro). Observamos predomínio de óbitos neonatais precoces (< 7 dias de vida), correspondendo a 83,76% dos casos (98 óbitos). A mortalidade neonatal precoce está intimamente relacionada a fatores de risco maternos, como a assistência ao pré-natal incompleta ou inadequada. Dos 98 óbitos precoces, 36 (36,7%) ocorreram na sala de parto, dentro dos primeiros minutos de vida, não tendo sido admitidos na UTI Neonatal, pela extrema imaturidade e gravidade ou malformações incompatíveis com a vida, como acrania, anencefalia ou agenesia renal bilateral. Menos da metade das gestantes com IG inferior a 34 semanas recebeu corticoide antenatal (47,3% dos casos), terapêutica que melhora o prognóstico neonatal. Na maioria das vezes, porque foram admitidas em período expulsivo do trabalho de parto. Quanto às patologias apresentadas durante a gestação, as mais prevalentes foram infecção do trato urinário (18%) e pré-eclâmpsia (14,5%), patologias frequentemente relacionadas à prematuridade. Dentre as causas de óbito, as mais frequentes foram prematuridade extrema (IG<28 semanas) com 37 casos (31,2%); malformações congênitas múltiplas incompatíveis com a vida: 19 casos (16,2%), sendo 05 casos de anencefalia (26,3%) ; sepse neonatal tardia: 16 casos (13,6%) e sepse neonatal precoce (menos de 48 horas de vida): 11 casos (9,4%). Quarenta e seis (46) recém-nascidos tinham idade gestacional inferior a 28 semanas (prematuridade extrema). Quanto à procedência materna, 90 (77%) das mães eram procedentes de outros municípios, enquanto que apenas 27 (23%) eram do município de Campina Grande. Conclui-se que a maioria dos óbitos poderia ser evitado, principalmente com melhoria na assistência ao pré-natal, ao trabalho de parto e melhor controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, ou infecções hospitalares.

REFERÊNCIAS

SARDINHA, L. M. V. **Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010)**. 2014. 181p. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Universidade de Brasília. 2014.

RIBEIRO, V. S.; SILVA, A. A. M. Tendências da Mortalidade Neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1979 a 1996. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 429-438, abr-jun. 2000.

MORAIS NETO, O. L.; 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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p. 477-485, abr-jun. 2000.

Leal, M. do C.; Szwarcwald, C.L. Evolução da mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 1979 a 1993. 1 - Análise por grupo etário segundo região de residência. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 403-12, 1996.

Almeida, M. F. de et al. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. **Revista Brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.

5, n. 1, 2002.

SILVA, A. A. M. *et al.* 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. 508-14, dez. 2001.

FRANÇA, E. *et al.* Mudança do Perfil de Causas de Mortalidade Infantil no Brasil Entre 1996 e 2010: Porque Avaliar Listas de Classificação das Causas Perinatais. **S.I.:s.n.**, 2012.

LAURENTI, R. *et al.* **Estatísticas de Saúde**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.

ALMEIDA, M. F.; Mello Jorge, M. H. P. Pequenos Para a Idade Gestacional: Fator de Risco Para a Mortalidade Neonatal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 217-24, jun. 1998.

PAIXÃO, A. N.; FERREIRA, T. Determinantes da Mortalidade Infantil no Brasil. **Informe Gepec**, Toledo, v. 16, n. 2, p. 6-20, jul-dez. 2012.

POLES, K.; PARADA, C. M. G. L. Mortalidade infantil em município do interior do estado de São Paulo. **s.n, São Paulo, 1998**.

SIMÕES, C. C. S. **Novas Estimativas da Mortalidade Infantil no Brasil e suas Regiões**. IBGE Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em: 01 mar. 2016.

IBGE, Brasil em Síntese. **Taxas de Mortalidade Infantil**. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>>. Acesso em: 16 de fev. 2016.

SOUZA, T. R. V.; MAIA, S. F. Análise dos Determinantes da Redução da Taxa de Mortalidade Infantil no Meio Rural Paraibano. **s.n, Paraíba, 200-**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Objetivos do Milênio**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/19982-brasil-reduz-mortalidade-na-infancia-em-20-acima-da-media-mundial>>. Acesso em 15 de fev. 2016.

Schoeps D. *et al.* Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 1013-22, ago. 2007.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Estimção da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1725-1736, nov-dez. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas a pobreza**. 10. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2014, 386p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal 2009-2010**. 1. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2010, 187p.

ALBERTO, S. A. Fatores associados aos óbitos neonatais e pós-neonatais em Moçambique. **Revista Brasileira de Estatística Populacional**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 203-216, jan-jun. 2011.

ROBERTO, V. D *et al.* Fatores associados à mortalidade infantil no Município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil: estudo de caso-controle. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 491-498, out-dez. 2011.

POTRICH, T. *et al.* Mortalidade Infantil Segundo Características da Mãe e Gestação na Cidade de Santa Maria, RS. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 3, p. 343-350, set-dez, 2011.

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

