



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO MATERNO EM PACIENTES *NEAR MISS*
NEONATAL DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO**

FERNANDA MONTEIRO BATISTA SIMÕES

Aracaju/SE

2018

FERNANDA MONTEIRO BATISTA SIMÕES

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO MATERNO EM PACIENTES *NEAR MISS*
NEONATAL DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina como requisito parcial para a obtenção do título de graduação no curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

Orientadora: Prof^ª. MSc. Thais Serafim Leite de Barros Silva

Coorientadora: Prof^ª. MSc. LÍlian dos Santos Libório

Aracaju/SE

2018

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO MATERNO EM PACIENTES *NEAR MISS*
NEONATAL DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina como requisito parcial para a obtenção do título de graduação no curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

Autora: Fernanda Monteiro Batista Simões

Orientadora: Profa. MSc. Thais Serafim Leite de Barros Silva

Aracaju/SE

2018

FERNANDA MONTEIRO BATISTA SIMÕES

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO MATERNO EM UMA POPULAÇÃO DE *NEAR*
MISS NEONATAL DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina como requisito parcial para a obtenção do título de graduação no curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

Aprovado em: ____/____/____

1º examinador

2º examinador

3º examinador

DEDICATÓRIA

Aos Mestres, que me orientaram nessa linha de pesquisa, e às mães cujos bebês foram near miss para que essa linha de pesquisa possa guiar medidas públicas em prol da melhoria da saúde materno-infantil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em todas as suas formas e expressões, por ter me acompanhado ao longo desses 25 anos;

Agradeço a minha mãe, ao meu pai, ao meu irmão e ao meu namorado por terem sido meu amparo, minha força, meu amor e meu alento nos momentos fáceis e nos momentos delicados.

À minha orientadora, Prof.^a Thais Serafim, por ter sido tão receptiva e instigado o interesse pelo tema, sempre oferecendo carinho, conhecimento e cafés em diversos finais de semana ao lado de seus familiares. Agradeço a confiança para que eu participasse de seu Mestrado. Estendo meus agradecimentos aos demais coordenadores da Pesquisa Materno-Infantil – *Near Miss*, Prof. Marco Prado, Prof.^a Eleonora Ramos e Prof.^a Lílian Libório por terem me despertado a importância dessa pesquisa para a Saúde Pública de Sergipe.

A todos os membros do Grupo *Near Miss* que desde de novembro de 2013 participaram da construção do projeto, bem como àqueles que entraram ao longo da pesquisa e durante 12 meses participaram das coletas diariamente: agradeço o tempo dedicado e a amizade que nos fortaleceu, em especial a Ana Luísa, Nicolas, Vinícius, Rafael, Luis, Thayana, Luiz, Rebeca e Júlio.

Aos profissionais da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, que durante um ano nos receberam em seu ambiente de trabalho colaborando para o sucesso de nossa coleta de dados, além de tirarem nossas dúvidas quando não entendíamos a origem de determinadas patologias maternas e infantis, meu muito obrigada.

Aos bebês *near miss* e às suas mães, motivo maior deste trabalho, que compartilharam suas histórias tão generosamente em momentos deveras delicados, contribuindo assim para nosso crescimento como pessoas e profissionais: não encontro palavras que expressem meu agradecimento.

“Amo as gentes e amo o mundo. E é
porque amo as pessoas e amo o mundo que
brigo para que a justiça social
se implante antes da caridade.”

Paulo Freire

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

NMM: Near Miss Materno

NMN: Near Miss Neonatal

ODM: Objetivos para Desenvolvimento do Milênio

OMS: Organização Mundial de Saúde

RN: Recém-nascido

SUMÁRIO

I – REVISÃO DE LITERATURA	10
1. MORTALIDADE INFANTIL.....	10
2. MORTALIDADE NEONATAL.....	11
3. NEAR MISS NEONATAL.....	14
4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PUÉRPERAS EM <i>NEAR MISS</i> NEONATAL.....	16
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
II – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....	22
III- ARTIGO CIENTÍFICO	30
RESUMO	31
ABSTRACT.....	32
INTRODUÇÃO	33
MÉTODOS.....	35
RESULTADOS	37
DISCUSSÃO	38
CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
TABELAS.....	42
IV – ANEXOS.....	44
ANEXO A.....	44
ANEXO B.....	45

I – REVISÃO DE LITERATURA

1. MORTALIDADE INFANTIL

Em setembro do ano 2000, 195 nações firmaram compromisso a fim de reduzir a pobreza extrema e outros males sociais, ação que ficou conhecida como Os Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Com relação à saúde materno-infantil, foram propostas as seguintes metas: 1- redução da mortalidade infantil (de 0 a 5 anos de vida) em dois terços (ODM-4) e 2- melhoria da saúde das gestantes (ODM-5). Estas metas deveriam ser cumpridas até o ano de 2015. Entre 1990 e 2015, ano base estabelecido para compromisso, a taxa de mortalidade infantil foi reduzida em 54,81 %, passando de 93.4 para 42.2 óbitos para cada mil nascidos vivos. Em 2016, a taxa de mortalidade infantil entre 0 e 5 anos de vida está estimada em 40,8 (UNICEF, 2017).

A redução da mortalidade foi desigual entre as nações que assinaram os ODM's. Enquanto a média mundial, em 2015, foi de 42,2 óbitos, na África Subsaariana, região onde estão localizados muitos dos países mais pobres e com menor índice de desenvolvimento humano (IDH), a média encontrou-se em 56,7. A redução foi pequena principalmente na Ásia Central, Oceania, Sudeste Asiático e Cáucaso (UNICEF, 2015). Das 195 nações, apenas 52 atingiram a redução da mortalidade infantil acordada nos objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ALKEMA L et al, 2014).

ALMEIDA et al, 2017, afirmam que Brasil, país em desenvolvimento, atingiu o ODM-4 em 2013, apresentando 13,7 óbitos por mil nascidos vivos, apresentando redução de 78% dos óbitos, em relação a 1990 quando a taxa de mortalidade infantil era de 61,5 óbitos. O progresso social e econômico ocorrido entre 2003 e 2013, em que 26 milhões de pessoas saíram da pobreza extrema e as desigualdades sociais foram reduzidas, está associado à melhoria de tais índices (ALMEIDA et al, 2017; THE WORLD BANK, 2015). Considera-se, no entanto, que estes níveis de mortalidade estão aquém do potencial do país, e refletem condições desfavoráveis de vida da população e da atenção de saúde, além das históricas desigualdades regionais e socioeconômica (LANSKY et al, 2014).

Em 2015, estima-se que cerca de 16000 crianças morreram por dia, sendo a pneumonia, diarreia e malária os principais motivos dos óbitos infantis. Em média, as taxas de mortalidade de menores de cinco anos são quase duas vezes mais altas para as crianças dos

países mais pobres em relação às crianças dos mais ricos (ONU, 2015). Estas causas evitáveis traduzem a necessidade de melhoria da atenção à saúde infantil, materno-infantil, além das condições sociais que propiciam maior suscetibilidade a estas patologias (UNICEF, 2014). O fato de causas evitáveis ainda provocarem profundo impacto na saúde materno-infantil por todo o mundo, associado ao fracasso da maioria dos países em cumprir o ODM-4, fez com que os governos de alguns países se reunissem para renovar o pacto de melhorar as condições de saúde e estabelecessem novas metas para serem cumpridas até o ano de 2035 (UNICEF, 2014; WARDLAW et al, 2014).

2. MORTALIDADE NEONATAL

Os primeiros 28 dias de vida, período neonatal, equivalem ao momento mais crítico no que diz respeito à mortalidade infantil. Enquanto esta vem reduzindo no mundo todo, com certas desigualdades, as condições de morbimortalidade neonatais ganharam proeminência, especialmente nos países menos desenvolvidos, de forma que, em 1990, os óbitos neonatais representaram 37,4% das mortes em crianças menores de 5 anos, contra 41,6% em 2013 (ALMEIDA et al, 2017). A mortalidade neonatal no Brasil se constitui no principal componente da mortalidade infantil, ainda se mantendo em níveis elevados: cerca de 11,2% (LANSKY et al, 2014). Entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade neonatal reduziu de 33 óbitos para 19 óbitos por mil nascidos vivos, decréscimo de mais de 40% em todo o mundo. Porém, em números absolutos, essa taxa representa mais de 2,8 milhões de mortes (ONU, 2015).

O declínio da mortalidade neonatal pelo mundo ocorreu de maneira desigual. A disparidade entre os países mais ricos e os mais pobres é enorme: o índice de mortalidade neonatal em Angola, o maior do mundo, é de 47 óbitos por 1000 nascidos vivos, enquanto em Luxemburgo e na Islândia, países com os menores coeficientes, é de um por 1000 nascidos vivos (WARDLAW et al, 2014). As causas da mortalidade também se relacionam com o IDH: enquanto na África subsaariana e no sul da Ásia parte das mortes ocorre por infecção neonatal, no restante do mundo as principais causas de morte são, em ordem decrescente, complicações de parto prematuro, complicações durante o parto e sepse (ONU, 2015).

No Brasil, a desigualdade entre regiões com IDHs distintos também pode interferir no perfil da mortalidade neonatal. Lansky et al (2014), utilizando dados da pesquisa Nascer no Brasil, estudo de coorte de base hospitalar que incluiu 24.197 puérperas e seus recém-

nascidos (RNs), caracterizaram os óbitos neonatais. As regiões Norte e Nordeste, habitualmente de menor índice de desenvolvimento, concentraram juntas 57,6% de todos os óbitos da pesquisa. Em que pese os autores afirmarem a impossibilidade de associar a mortalidade neonatal e os aspectos socioeconômicos, visto que a pesquisa foi realizada apenas em hospitais de maior porte e em municípios com mais de 500 partos por ano, chama à atenção a concentração dos óbitos nas duas regiões de menor IDH (LANSKY et al, 2014).

Diferente do resultado encontrado por LANSKY et al, (2014), O Ministério da Saúde (BRASIL,2012) associa o desenvolvimento socioeconômico às condições de saúde, dividindo as regiões brasileiras em dois grupos: o primeiro, de maior IDH, formado por Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com taxas de 7,8, 8,9 e 10,9 óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente, e o segundo, de menor IDH, formado pelas regiões Nordeste e Norte, com índices de 12,7 e 13,5 óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente. (BRASIL, 2012). Para fins de comparativos, a mortalidade nos sete primeiros dias de vida (período neonatal precoce) teve um declínio de 42% na região Sudeste entre 1997 e 2012, enquanto na região Nordeste a redução foi de 23% no mesmo período (RODRIGUES et al, 2016)

A pesquisa Nascer no Brasil mostrou ainda associação entre prematuridade extrema (IG menor que 32 semanas) e muito baixo peso ao nascer (peso menor que 1500 gramas) com a mortalidade neonatal. No estudo, 81,79% dos RNs eram prematuros extremos e 82% apresentaram muito baixo peso. Outros fatores de risco encontrados foram escore de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida, uso de ventilação mecânica invasiva, necessidade de uso de surfactante pulmonar, apresentação pélvica, malformação congênita, gestação gemelar, mau passado obstétrico, peregrinação hospitalar e más práticas obstétricas como uso indiscriminado de ocitocina e imobilização materna no leito (LANSKY et al, 2014).

Prematuridade e baixo peso ao nascer são variáveis consolidadas como diretamente ligadas ao óbito neonatal, como demonstrado em diversos estudos, e corroborado por uma revisão de bases de dados que avaliou a mortalidade infantil em 187 países em um intervalo de 40 anos (RAJARATNAM et al, 2010). O escore de Apgar, que avalia a vitalidade do recém-nascido nos primeiros minutos de vida, também se mostra como um importante preditor de prognóstico, tendo boa capacidade de avaliar necessidade de medidas de ressuscitação. Um estudo escocês com mais de um milhão de nascidos vivos relacionou redução de taxas de mortalidade conforme o escore de Apgar e a idade gestacional aumentam. Embora não tenha a especificidade eficaz nos RNs prematuros como tem nos RNs pré-termos, o escore de Apgar tem sua efetividade validada mesmo após décadas de uso (ILIODROMITI et al, 2014).

Estudos realizados no Brasil reforçam a importância de outros fatores, como malformações congênitas, necessidade de ventilação invasiva, gestação múltipla, não utilização de corticoide nos casos de prematuridade extrema e oligodrâmnio (DEMITTO et al, 2017; LIMA et al, 2017; SILVA et al, 2014). O sexo masculino é descrito como até quatro vezes mais suscetível ao óbito em RNs prematuros, fato explicado pelo amadurecimento pulmonar mais precoce no sexo feminino (ARAÚJO et al, 2000; NASCIMENTO et al, 2012). A asfixia perinatal se mostra como um forte fator de risco mesmo nos RNs nascidos a termo e com peso adequado (maior que 2500 gramas), o que reforça a necessidade do conhecimento do Programa Nacional de Reanimação Neonatal por parte dos profissionais que atuam em sala de parto. (ALMEIDA et al, 2017).

Também estudos realizados na região Nordeste utilizando RNs com muito baixo peso ao nascer demonstraram taxas sensivelmente maiores de óbito neonatal precoce nesta região, em comparação às regiões Sul e Sudeste. O número de recém-nascidos mortos nas primeiras 24 horas foi duas vezes superior nos hospitais com pior estrutura, quando comparados aos hospitais de melhor estrutura. Foi percebido também que óbitos mais precoces são mais relacionados a determinantes socioeconômicos e à qualidade dos cuidados de saúde oferecidos à mãe. (CASTRO et al, 2014; CASTRO et al, 2016). Um outro estudo realizado na região Nordeste, encontrou uma taxa de 40% de óbitos por asfixia perinatal em recém nascidos sem baixo peso ou malformação em hospitais localizados em municípios diferentes da residência materna (ALMEIDA et al, 2017).

Fatores maternos também surgem como risco para a morbimortalidade neonatal. A literatura afirma que o número elevado de cesariana, eletivas ou não, obesidade, gemelaridade, mau passado obstétrico, baixa escolaridade materna, situação conjugal, peregrinação para o parto e doenças maternas associam-se ao prognóstico neonatal. Há, também, associação ao aumento da realização de cesarianas, fetos macrossômicos, distócia de ombros, escore de Apgar baixo no quinto minuto e risco aumentado de pré-eclâmpsia (AUNE et al, 2014; CEDERGREN, 2004; NOHR et al, 2008; SEBIRE et al, 2001; TENNANT et al, 2011; LANSKY et al, 2014).

A prevenção da mortalidade neonatal se faz, antes de qualquer coisa, melhorando os cuidados materno-infantis desde o pré-natal até o puerpério. O início precoce da assistência pré-natal permite o acesso aos métodos diagnósticos e terapêuticos, enquanto a realização do número adequado de consultas possibilita o acompanhamento adequado e a realização de intervenções oportunas sempre que for necessário, evitando eventuais complicações à saúde materna e fetal (NUNES et al, 2016). De modo geral, estima-se que as intervenções

preconcepcionais, pré-natais, intrapartos e pós-partos podem evitar 71% das mortes neonatais, 33% das mortes fetais e 54% das mortes maternas (BHUTTA et al, 2014).

A redução da mortalidade infantil e neonatal no Brasil desde 1990 foi diretamente influenciada pela criação do SUS, sistema público, universal e gratuito de saúde. As medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças contribuíram de maneira significativa para a melhoria da saúde da população geral, e também da saúde materno-infantil. O atendimento pré-natal e os cuidados à saúde da materno-fetal estão ligados ao declínio dos índices de mortalidade neonatal, assim como os programas de vacinação e a promoção de saúde da criança através da puericultura estão ligados à redução da mortalidade até os cinco primeiros anos de vida (PAIM et al, 2011).

Em contrapartida, o aumento da cobertura do pré-natal não acompanha necessariamente a qualidade dessa assistência. Segundo revisão sistemática (NUNES et al, 2016) elevadas taxas de inadequação da assistência pré-natal foram identificadas quando os estudos comparavam a qualidade das consultas, tais como a realização de exames complementares, procedimentos básicos e orientações técnicas, e não somente a quantidade ou o início precoce do pré-natal.

A pesquisa Nascer no Brasil chama a atenção para Paradoxo Perinatal brasileiro, fenômeno em que a despeito da grande maioria dos partos serem realizados em ambiente hospitalar, com a assistência de médicos, as taxas de mortalidade neonatal ainda serem maiores do que em outros lugares do mundo. Este paradoxo reflete baixa qualidade da assistência oferecida e práticas obstétricas obsoletas, com possível repercussão sobre desfechos neonatais. Sendo assim a melhoria da assistência se mostra como foco prioritário da implantação de políticas públicas (LANSKY et al, 2014).

3. NEAR MISS NEONATAL

O desenvolvimento do conceito de *near miss* para contextos de saúde é incerto. A hipótese mais provável é que o termo tenha sido importado da indústria da aviação. Nesse setor, era empregado para descrever a ocorrência de um evento não planejado que não resultou em lesão, doença ou dano, seja por sorte ou por intervenções adequadamente aplicadas. Na Saúde Pública, primeiramente, o termo utilizado é o Near Miss Materno, a fim de avaliar mulheres que tenham sofrido uma grave complicação durante a gravidez, parto ou dentro de 42 dias do período pós-parto, em risco de morte, mas sobreviveram por acaso ou devido a intervenções efetivas, sem danos, lesão ou doença residual. O termo *near miss*

materno consagrou-se como importante avaliador da atenção à saúde da mulher, tornando-se de grande valia na Saúde Pública. (SANTOS et al, 2015).

Em analogia ao near miss materno e aos resultados importantes no contexto de saúde pública materna, o termo near miss neonatal começou a ser empregado na literatura pediátrica. Porém, não se tem uma definição padrão do termo atualmente. A definição proposta por Pileggi et al (2010) foi de um recém-nascido que apresentou uma complicação grave durante os primeiros dias de vida, quase foi a óbito, mas sobreviveu durante o período neonatal. Esta conceito foi ratificado por Santos et al(2015), porém ampliando o significado para aqueles que sobreviveram a complicações no período da gravidez, parto e até os primeiros 7 dias de nascido. Já Lanky et al(2014) e Silva et al(2017) consideram o termo Near Miss Neonatal um evento mórbido que quase resultou na morte do recém-nascido nos primeiros 28 dias de vida (PILEGGI et al, 2010; LANSKY et al, 2014; SILVA et al, 2017).

Em uma análise secundária do conjunto de dados brasileiros, Pileggi et al (2010) abordaram o uso do conceito de *near miss* neonatal (NMN) ao analisar 15.377 nascimentos que ocorreram nos 19 serviços brasileiros incluídos no *2005 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health*. Foram utilizadas as informações das gestantes internadas para parto e seus respectivos RNs até o sétimo dia de vida ou até a alta hospitalar. Na análise, os casos de near miss neonatal estiveram sujeitos a fatores considerados as principais causas de óbitos neonatais precoces: asfixia e prematuridade. Foi constatado que os óbitos estavam associados aos seguintes critérios de NMN: muito baixo peso ao nascer (menor que 1500 gramas), à prematuridade extrema (idade gestacional menor que 30 semanas) e ao baixo Apgar nos cinco minutos de vida (menor que sete). Os resultados demonstraram que a incidência de *near miss* neonatal foi três vezes maior que a taxa de óbitos neonatais, mostrando que o conceito de NMN pode auxiliar bastante os estudos sobre RNs sujeitos a graves complicações (PILEGGI et al, 2010).

O conceito de *near miss* neonatal, poderia ser uma ferramenta na avaliação da qualidade dos sistemas de saúde, no que se refere à redução da mortalidade infantil, quando utilizado marcadores de gestão, termo utilizado para a intervenção terapêutica. Pileggi-Castro et al (2014) analisaram dois estudos transversais da Organização Mundial de Saúde (OMS) utilizando como marcadores de gestão: o uso de antibioticoterapia venosa, ventilação de pressão positiva, intubação, fototerapia nas primeiras 24 horas, necessidade de ressuscitação cardiopulmonar, uso de drogas vasoativas, uso de anticonvulsivantes, administração de surfactante pulmonar, de hemocomponentes e intervenção cirúrgica durante a primeira semana de vida. (PILEGGI-CASTRO et al, 2014).

Silva et al (2014) avaliaram 19 variáveis, testando cinco como critérios para *near miss* neonatal: idade gestacional menor que 32 semanas, peso menor que 1500 gramas, Apgar de quinto minuto menor que sete, uso de ventilação mecânica e malformações congênitas. A incidência dos casos de NMN foi de quase quatro vezes maior que a de óbitos neonatais. Em uma revisão sistemática sobre o *near miss* neonatal, Santos et al (2015) analisaram estudos realizados no período neonatal, com RNs de peso ao nascer maior que 500 gramas, idade gestacional maior que 32 semanas. A revisão sistemática selecionou quatro estudos viáveis. Em todos eles a asfixia e a prematuridade, maiores causas de óbito neonatal, foram utilizadas. O índice de NMN se mostrou 2,6 a 8 vezes maior que a taxa de mortalidade neonatal. Como recomendação os autores apontam para a necessidade de validar a definição de *near miss* neonatal, para que a ferramenta seja usada amplamente para avaliar e combater a morbimortalidade neonatal (SANTOS et al, 2015).

4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PUÉRPERAS EM NEAR MISS NEONATAL

No que se refere a relação entre patologias maternas e o desfecho desfavorável dos nascimentos, a literatura apresenta estudos com forte associação. As patologias maternas mais associadas ao óbito neonatal são hemorragia antes do parto, ruptura uterina, pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia e Síndrome Hellp (NAKIMULI et al, 2015). No entanto, em relação ao perfil sociodemográfico materno das puérperas cujo recém nascidos foram considerados *near miss* neonatal, há divergência. Silva et al (2014) não encontraram risco aumentado de *near miss* neonatal para os RNs de famílias de menor renda, embora a ocorrência do *near miss* tenha sido associada ao nascimento em capitais, parto por cesariana e nascimento em hospitais públicos no mesmo trabalho. O autor ressalta ainda que houve perda significativa do seguimento dos casos de *near miss*, principalmente no Norte e Nordeste, o que pode ter contribuído para os resultados(SILVA et al, 2014).

Lansky et al (2014), utilizando os dados da Pesquisa Nascer no Brasil, avaliaram que, dentre os dados referentes ao perfil sociodemográfico, a maior parte das mães que participaram do estudo tinha entre 20 a 34 anos de idade (70,8%), eram predominantemente pardas (54,6%) e da classe social C (49,1%), possuíam o Ensino Fundamental completo ou incompleto e viviam com o companheiro. A maioria dos nascimentos e dos óbitos ocorreu nos municípios fora da capital dos estados brasileiros e 56,7% das crianças nasceram por cesariana. No entanto, dentre os óbitos neonatais, 21,2% das mães eram adolescentes, 33,5%

não viviam com o companheiro e quase 30% tinha menos de oito anos de estudo (LANSKY et al, 2014).

A diferença entre o IDH das regiões analisadas influencia nos resultados publicados. Brasil et al, (2015) realizaram estudo em oito hospitais de referência de Recife (PE) encontrando que cerca de 90% dos casos de *near miss* neonatal ocorreram em hospitais públicos e chamou a atenção para a associação entre condições graves de nascimento e baixas classes econômicas, observando-se maior risco de *near miss* entre mães adolescentes, múltiparas e com menor número de consultas de pré-natal. Já o estudo transversal de base populacional conduzido por Silva et al, (2017), analisando todos os nascimentos em Joinville (SC no ano de 2012, não encontrou diferenças significativas no perfil sociodemográfico das gestantes (BRASIL et al, 2015; SILVA et al, 2017).

Kale et al, (2017), em estudo realizado em seis maternidades públicas do sudeste do Brasil, encontraram associação estatística entre casos de *near miss* neonatal com a cor da pele negra materna (27,8 ‰ nascidos vivos), idade materna 35 anos ou mais (27,3 ‰ nascidos vivos) e falta de cuidados pré-natal (80,8 ‰ nascidos vivos). Os dados divergentes podem ser relacionados não só ao tipo de objeto de estudo, visto que nem todos os trabalhos avaliados incluíam o perfil social das gestantes, mas também à região em que tal pesquisa foi feita (KALE et al, 2017).

Existem poucos estudos que avaliam diretamente os perfis sociodemográficos maternos aos casos de *near miss* neonatal, embora existam trabalhos que relacionem certos dados epidemiológicos à mortalidade neonatal. Embora haja redução da mortalidade neonatal no Brasil ao longo dos anos, ainda se faz necessário o reforço das políticas públicas com medidas mais diretamente relacionadas à qualificação da atenção de saúde. Estudos futuros poderiam considerar indicadores e análise mais sensíveis para captar prováveis diferenças socioeconômicas intraurbanas e intrarregionais na mortalidade neonatal (LANSKY et al, 2014).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BHUTTA, Zulfiqar et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? **The Lancet**, [s.l.], v. 384, n. 9940, p.347-370, jul. 2014.
2. Alkema L, Fengqing Chao, Danzhen You, Jon Pedersen, Cheryl C Sawyer. National, regional, and global sex ratios of infant, child, and under-5 mortality

and identification of countries with outlying ratios: a systematic assessment. *Lancet Global Health*. 2014; 2 (9): 521-30.

3. ALMEIDA, Maria Fernanda Branco de et al. Early neonatal deaths associated with perinatal asphyxia in infants >2500 g in Brazil. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], p.107-116, mar. 2017.
4. ALMEIDA, Milena Cristina Silva; GOMES, Camila Moraes Santos; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Análise espacial da mortalidade neonatal no estado de São Paulo, 2006–2010. **Revista Paulista de Pediatria**, [s.l.], v. 32, n. 4, p.374-380, dez. 2014.
5. ARAÚJO, Breno F, BOZZETTI, Mary C, TANAKA Ana CA. Mortalidade neonatal precoce no Município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. **J Pediatr (Rio J.)**; 76:200-6, jun 2000.
6. AUNE, Dagfinn et al. Maternal Body Mass Index and the Risk of Fetal Death, Stillbirth, and Infant Death. **Jama**, [s.l.], v. 311, n. 15, p.1536-1546, 16 abr. 2014.
7. AVENANT, Theunis. Neonatal near miss: a measure of the quality of obstetric care. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.369-374, jun. 2009.
8. BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para Políticas de Saúde: mortalidade perinatal. Brasília; 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_mortalidade_perinatal.pdf>. Acessado em 02/09/2017.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde Datasus: estatísticas vitais. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205.11>. Acessado em 01/09/2017.
10. Brasil DRPA. Morbidade neonatal near miss em hospitais terciários da cidade do Recife-PE. [Dissertação] Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
11. CASTRO, Eveline Campos Monteiro de et al. Perinatal factors associated with early neonatal deaths in very low birth weight preterm infants in Northeast Brazil. **Bmc Pediatrics**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.312-319, dez. 2014.
12. CASTRO, Eveline Campos Monteiro de; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; GUINSBURG, Ruth. Mortality in the first 24h of very low birth weight preterm infants in the Northeast of Brazil. **Revista Paulista de Pediatria (english Edition)**, [s.l.], v. 34, n. 1, p.106-113, mar. 2016.

13. CEDERGREN, Marie I. Maternal Morbid Obesity and the Risk of Adverse Pregnancy Outcome. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 103, n. 2, p.219-224, fev. 2004.
14. DEMITTO, Marcela de Oliveira et al. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 51, p.1-8, 2017.
15. EDMOND, K. M.. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. **Pediatrics**, [s.l.], v. 117, n. 3, p.380-386, 1 mar. 2006.
16. ILIODROMITI, Stamatina et al. Apgar score and the risk of cause-specific infant mortality: a population-based cohort study. **The Lancet**, [s.l.], v. 384, n. 9956, p.1749-1755, nov. 2014.
17. KALE, Pauline Lorena et al. Neonatal near miss and mortality: factors associated with life-threatening conditions in newborns at six public maternity hospitals in Southeast Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 4, p.1-12, 2017.
18. LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.192-207, ago. 2014.
19. LIMA, Jaqueline Costa et al. Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.931-939, mar. 2017.
20. MUSOOKO, Moses et al. Incidence and risk factors for early neonatal mortality in newborns with severe perinatal morbidity in Uganda. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**, [s.l.], v. 127, n. 2, p.201-205, 8 jul. 2014.
21. NAKIMULI, Annetee et al. Still births, neonatal deaths and neonatal near miss cases attributable to severe obstetric complications: a prospective cohort study in two referral hospitals in Uganda. **Bmc Pediatrics**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.1-8, 17 abr. 2015.
22. NASCIMENTO, Renata Mota; LEITE Álvaro Jorge, ALMEIDA, Nádia Maria; ALMEIDA, Paulo César; SILVA, Cristiane Ferreira. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(3):559-572, mar. 2012.
23. NOHR, Ellen A; VAETH, M; BAKER, Jennifer L; Sørensen, Torkild IA; OLSEN, J; RASMUSSEN, KM. Combined associations of prepregnancy body mass index and gestational weight gain with the outcome of pregnancy. **Am J Clin Nutr** 2008;87:1750 –9, jun. 2008

24. NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.252-261, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600020171>.
25. ONU. Millennium Development Indicators: Country and Regional Progress Snapshots. Disponível em <<https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/snapshots.htm>>. Acessado em 01/09/2017.
26. PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [s.l.], v. 377, n. 9779, p.1778-1797, mai. 2011.
27. PILEGGI, Cynthia et al. Neonatal near miss approach in the 2005 WHO Global Survey Brazil. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 86, n. 1, p.21-26, 11 fev. 2010.
28. Pileggi C, Souza JP, Cecatti JG, Faúndes A. Neonatal near miss approach in the 2005 WHO Global Survey Brazil. *J Pediatr (Rio J)* 2010;86(1):21-26.
29. PILEGGI-CASTRO, C et al. Development of criteria for identifying neonatal near-miss cases: analysis of two WHO multicountry cross-sectional studies. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 121, p.110-118, mar. 2014.
30. RAIES, Camila Lucchini; DOREN, Francisca Márquez; TORRES, Claudia Uribe. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. **Index de Enfermería**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.209-213, dez. 2012.
31. RAJARATNAM, Julie Knoll et al. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. **The Lancet**, [s.l.], v. 375, n. 9730, p.1988-2008, jun. 2010.
32. RODRIGUES, Nádía Cristina Pinheiro et al. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997–2012. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 92, n. 6, p.567-573, nov. 2016.
33. SANTOS, Juliana P. et al. Neonatal near miss: a systematic review. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.1-10, dez. 2015.
34. SAY, Lale; SOUZA, João Paulo; PATTINSON, Robert C.. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.287-296, jun. 2009.

35. SEBIRE, N J et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287?213 pregnancies in London. **International Journal Of Obesity**, [s.l.], v. 25, n. 8, p.1175-1182, ago. 2001.
36. SILVA, Antônio Augusto Moura da et al. Morbidade neonatal near miss na pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.182-191, ago. 2014.
37. SILVA, Cristiana Ferreira da et al. Fatores associados ao obito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 2, p.355-368, fev. 2014.
38. SILVA, Guilherme Alberto et al. A populational based study on the prevalence of neonatal near miss in a city located in the South of Brazil: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.159-167, mar. 2017.
39. TENNANT, P. W. G.; RANKIN, J.; BELL, R.. Maternal body mass index and the risk of fetal and infant death: a cohort study from the North of England. **Human Reproduction**, [s.l.], v. 26, n. 6, p.1501-1511, 5 abr. 2011.
40. THE WORLD BANK. Brazil: overview. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/en/country/brazil>> Acessado em 07/09/2017.
41. UNICEF - United Nations Children's Fund. Committing to child survival: a promise renewed. Progress report; 2014 [Internet]. Geneva: UNICEF; 2014. Disponível em <http://files.unicef.org/publications/files/APR_2014_web_15Sept14.pdf>. Acessado em 01/09/2017.
42. WARDLAW, Tessa et al. UNICEF Report: enormous progress in child survival but greater focus on newborns urgently needed. **Reproductive Health**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.1-4, dez. 2014.
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Neonatal mortality: trends1990---2010. Geneva: WHO; 2011. Disponível em:< [http://www.who.int/maternal child_adolescent/topics/newborn/neonatalmortality/en](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/neonatalmortality/en) >.Acessado em 02/09/2017.
44. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Millennium Development Goals http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/ acessado em 02 de novembro de 2017 às 10:41

II – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – [LINK 3](#));
 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));
 1.6 – Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
 1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));
 1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
 1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);
 1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de

um periódico constitui grave falta de ética do autor.
2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.
2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.
2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.
3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [Netherlands Trial Register](#) (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [*Declaração de Helsinki*](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

- 12.5** O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
- 12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde ([BVS](#)).
- 12.7** *Resumo.* Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.
- 12.8** *Agradecimentos.* Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
- 12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.
- 12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
- 12.11** O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.
- 12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 12.15** *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.
- 12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 12.18** *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.
- 12.19** *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas,

Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o (a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”. Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)* e *Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.

III- ARTIGO CIENTÍFICO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO MATERNO EM PACIENTES *NEAR MISS* NEONATAL DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO

Fernanda Monteiro Batista Simões¹; Thais Serafim Leite de Barros Silva¹, Nicolas Magno Santos Cruz¹, LÍlian dos Santos Libório¹; Eleonora Ramos de Oliveira¹; Marco Antonio Prado Nunes¹

¹Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil

Descritores: Mortalidade infantil; *Near miss*; Saúde materno-infantil; Recém-nascido de baixo peso; Recém-nascido prematuro.

RESUMO

A redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde das gestantes constituem desafios à saúde materno-infantil. O uso do conceito de *near miss* neonatal(NMN) vem se mostrando como importante ferramenta na qualificação dos fatores que influenciam a morbimortalidade infantil. Está consolidado na literatura que fatores gestacionais, relacionados ao parto e assistência ao recém-nascido tem forte impacto no desfecho da saúde materno-infantil, porém não se tem muitos estudos sobre a influência sociodemográfica materna nesses desfechos. O presente estudo tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico das mães cujo recém-nascidos foram considerados *near miss neonatal*. Foi realizado estudo transversal aninhado a estudo caso-controle em uma maternidade de Alto Risco de Aracaju, Sergipe, Brasil. Foram identificados casos de NMN e colhidos dados referentes ao perfil sociodemográfico materno mediante entrevista e coleta do prontuário. Entre março e setembro de 2015, foram analisados 3270 prontuários e identificados 130 casos de NMN, sendo 5 descartados por erro de coleta. Dos resultados encontrados, parte era de área urbana, com média de idade de 25,8 anos, cor parda, menos que 8 anos completos de estudo e era casada ou em união estável. Além disso, grande parte estava desempregada, tinha renda mensal de até três salários mínimos e não recebia auxílios governamentais. Embora este artigo não tenha usado fórmulas analíticas, os dados chamam atenção para o panorama social que essas mulheres estão submetidas, já que o desenvolvimento social é um dos preditores de saúde pública.

Descritores: Mortalidade infantil; *Near miss*; Saúde materno-infantil; Recém-nascido de baixo peso; Recém-nascido prematuro.

ABSTRACT

Reducing infant mortality and improving the health of pregnant women are challenges to maternal and child health. The use of the concept of near miss neonatal (NMN) has been shown as an important tool in qualifying the factors that influence infant morbidity and mortality. It is well established in the literature that gestational factors related to childbirth and newborn care have a strong impact on the outcome of maternal and child health, but there are not many studies on maternal socio-demographic influence in these outcomes. The present study aims to describe the sociodemographic profile of mothers whose newborns were considered near miss neonatal. A cross-sectional study nested in a case-control study was carried out at a high risk maternity hospital in Aracaju, Sergipe, Brazil. Cases of NMN were identified and maternal sociodemographic profile data were collected through interviews and data collection. Between March and September 2015, 3270 medical records were analyzed and 130 cases of NMN were identified, of which 5 were discarded due to collection error. Of the results found, part was of urban area, with an average age of 25.8 years, brown, less than 8 years of study and married or in stable union. In addition, most were unemployed, had a monthly income of up to three minimum wages and did not receive government aid. Although this article has not used analytical formulas, the data call attention to the social panorama that these women are subjected, since social development is one of the predictors of public health.

Key words: Infant mortality; Near miss; Maternal and Child Health; *Low Birth Weight Infant; Premature infant.*

INTRODUÇÃO

De 2000 a 2013, houve um decréscimo de 3,6 milhões de mortes em crianças menores de cinco anos. Essa conquista advém da assinatura de um compromisso internacional, abarcando 195 nações que estabeleceram metas a fim de reduzir a pobreza extrema e outros males sociais: Os Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). No que diz respeito à saúde materno-infantil, estavam as metas de redução da mortalidade infantil (de 0 a 5 anos de vida) em dois terços (ODM-4) e a melhoria da saúde das gestantes (ODM-5). Embora a taxa de mortalidade infantil tenha sido reduzida em 54,81 %, passando de 93.4 para 42.2 óbitos para cada mil nascidos vivos, a taxa ainda está aquém das metas propostas, além de tal redução ter se dado de forma desigual entre as nações. Dos 195 países assinantes, apenas 52 conseguiram atingir a meta^{1,2,3}.

Dentro do espectro de mortalidade infantil, o período neonatal equivale ao momento de crescente morbimortalidade, especialmente nos países menos desenvolvidos. Em 1990, os óbitos neonatais representaram 37,4% das mortes em crianças menores de 5 anos, contra 41,6% em 2013. No Brasil, o componente neonatal encontrava-se cerca de 11,2%^{4,5}. Em 25 anos, de 1990 a 2015, houve decréscimo da taxa de mortalidade de mais de 40% em todo o mundo. Porém, em números absolutos, essa taxa representa mais de 2,8 milhões de mortes, com maior quantidade nos locais de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Assim como a taxa de mortalidade está relacionado as condições socioeconômicas, as causas dessa mortalidade também encontram substancial relação: enquanto na África subsaariana e no sul da Ásia parte das mortes ocorre por infecção neonatal, no restante do mundo as principais causas de morte são, em ordem decrescente, complicações de parto prematuro, complicações durante o parto e sepse⁶.

O Brasil, mesmo sendo apenas um país, também mostra diferença na taxa de mortalidade em diferentes regiões, sendo menor quanto maior o IDH, refletindo as desigualdades no desenvolvimento socioeconômico e associando-o as condições de saúde⁷. Para fins de comparação, a mortalidade nos sete primeiros dias de vida (período neonatal precoce) teve um declínio de 42% na região Sudeste entre 1997 e 2012, enquanto na região Nordeste a redução foi de 23% no mesmo período⁸. Quanto as causas de mortalidade, o Brasil segue as mesmas características do restante do mundo, apresentando como maiores fatores de risco a prematuridade e o baixo peso ao nascer^{5,9}. Outros fatores como malformações congênitas, necessidade de ventilação invasiva, gestação múltipla, não utilização de corticoide

nos casos de prematuridade extrema e oligodrâmnio também estiveram presentes nas causas de mortalidade^{10,11,12}.

Fatores maternos também tem sido relacionados a morbimortalidade neonatal. Foi percebido também que óbitos mais precoces são mais relacionados a determinantes socioeconômicos e à qualidade dos cuidados de saúde oferecidos à mãe. Dentre os fatores de assistência à gestação e ao parto, encontra-se número elevado de cesariana, eletivas ou não, obesidade, gemelaridade, baixa escolaridade materna, situação conjugal, peregrinação para o parto e mau passado obstétrico e doenças maternas associam-se ao prognóstico neonatal^{15,13,14,15,16,17}. Nesse sentido, atuação para prevenção da mortalidade neonatal deve ser intensa nos cuidados materno-infantis desde o pré-natal até o puerpério. O início precoce da assistência pré-natal, o acesso aos métodos diagnósticos e terapêuticos, a realização do número adequado de consultas possibilita o acompanhamento adequado e a realização de intervenções necessário, evitando eventuais complicações à saúde materna e fetal. Intervenções preconcepcionais, pré-natais, intrapartos e pós-partos podem evitar 71% das mortes neonatais^{18,19}.

A redução da mortalidade infantil no Brasil foi influenciada pela criação do SUS, sistema público, universal e gratuito de saúde. O atendimento pré-natal e os cuidados à saúde materno-fetal estão ligados ao declínio dos índices de mortalidade neonatal, assim como os programas de vacinação e a promoção de saúde da criança através da puericultura estão ligados à redução da mortalidade até os cinco primeiros anos de vida²⁰. O aumento da cobertura do pré-natal, porém, não acompanha necessariamente a qualidade dessa assistência, que deve conter a realização de exames complementares, procedimentos básicos e orientações técnicas, e não somente a quantidade de consultas ou o início precoce do pré-natal²¹.

A apropriação do termo *near miss* da aviação para a saúde pública foi bem consolidado na saúde materna. O termo Near Miss Materno(NMM) já é reconhecido como grande ferramenta pela OMS na melhoria da qualidade da assistência à gestante, parturiente e puérpera. Seu conceito abarca mulheres que tenham sofrido uma grave complicação durante a gravidez, parto ou dentro de 42 dias do período pós-parto, em risco de morte, mas sobreviveram por acaso ou devido a intervenções efetivas, sem danos, lesão ou doença residual²². Na saúde pública infantil, o conceito de *near miss* neonatal (NMN) não tem critérios bem estabelecidos ou unificados, mas o significado que mais se aproxima é de um recém-nascido (RN) apresentou uma complicação grave durante os primeiros dias de vida, quase foi a óbito, mas sobreviveu durante o período neonatal. À semelhança com o NMM, o NMN poderia ser uma ferramenta na

avaliação da qualidade dos sistemas de saúde, no que se refere à redução da mortalidade infantil^{23,24,25}.

No que se refere a relação entre patologias maternas, a qualidade da assistência ao pré natal, ao parto, ao neonato e o desfecho desfavorável dos nascimentos a literatura apresenta estudos com forte associação. Porém, ainda que o IDH tenha sido destacado como inversamente relacionado as taxas de mortalidade em alguns estudos, ainda há divergências em relação ao perfil sociodemográfico materno das puérperas cujo recém nascidos foram considerados near miss neonatal. Os dados divergentes podem ser relacionados não só ao tipo de objeto de estudo, visto que nem todos os trabalhos avaliados incluíam o perfil social das gestantes, mas também à região em que tal pesquisa foi feita^{26,27}.

O presente estudo objetiva descrever o perfil sociodemográfico das mães cujos RN's foram considerados *Near miss* neonatal, abrangendo os aspectos sociais e econômicos as quais as mulheres estão inseridas.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo transversal aninhado a um estudo de caso controle, que identificou Near Miss Neonatais dentre os nascimentos de RNs com condições de risco ao nascer.

Local do estudo

O estudo foi realizado em uma maternidade de alto risco da cidade de Aracaju, no Estado de Sergipe. Esta maternidade cujo atendimento é feito pelo Sistema Único de Saúde é referência terciária de porta aberta em todo o Estado, oferecendo serviço de alta complexidade, que recebe mulheres grávidas que possuem comorbidades que oferecem alto risco gestacional, dentre os quais hipertensão, diabetes, cardiopatia, trabalho de parto prematuro, dentre outras afecções.

População alvo

A população alvo da pesquisa foi constituída pelas mães do recém-nascidos que preencheram os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Definição de caso

Os critérios de classificação em caso de *near miss neonatal* são a presença de pelo menos 1 dos seguintes critérios, com base em trabalhos disponíveis na literatura^{23,26}:

- Idade Gestacional ao nascer < 32 semanas;
- Muito baixo peso ao nascer (Peso < 1500g);
- Escore de Apgar aos 5 minutos de vida < 7.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos os recém-nascidos de mulheres que tiveram seus partos na maternidade onde foi realizado o estudo e que fossem classificados como caso. Foram excluídas as pacientes que se recusaram a participar da pesquisa, aquelas residentes em outros estados, aquelas com nascidos mortos, os malformados, os gemelares, os recém-nascidos sem informação sobre o status vital ao nascer ou na alta hospitalar até sete dias.

Instrumento da coleta

Foram utilizados formulários em que constavam 130 questões divididas em dados de identificação materna, dados obtidos por meio de prontuário e dados obtidos através de entrevista da mãe. Também foram usados livros para controle dos nascidos vivos na maternidade e acompanhamento dos casos.

Técnica de coleta

A pesquisa contou com a colaboração de três professores de pós-graduação da UFS, três alunas do mestrado da UFS, e vinte alunos de graduação dos cursos de medicina e enfermagem, que se revezaram diariamente na maternidade para a identificação dos casos e abordagem das respectivas mães para realizar o preenchimento dos formulários. Os casos eram acompanhados por sete dias enquanto permaneciam internados nas dependências da maternidade. Posteriormente, eram feitas consultas online em um serviço de verificação de óbitos da Secretaria Estadual de Saúde, onde eram identificados os óbitos ocorridos após o sétimo dia de vida. A coleta teve a duração de um ano. Nesse artigo, foi utilizado o período de seis meses, de Março a Setembro de 2015.

Análise dos dados

A análise estatística foi descritiva, por meio das frequências absolutas e relativas.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi planejada de acordo com a declaração de Helsinque e a resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da

UFS com CAAE: 274216214.8.0000.5546. Antes do início da coleta de dados, todas as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Durante os seis meses de realização da coleta, de março de 2015 a setembro de 2015, ocorreram 3270 partos de nascidos vivos na maternidade onde se desenvolveu o estudo. Destes, 130 RN's foram classificados como *near miss neonatal*. Cinco formulários destes RN's classificados como *near miss* foram descartados por apresentarem dados incompletos. Foram analisadas as características maternas sociais, demográficas e econômicas dos cento e vinte e cinco RN's com critérios para *near miss* neonatal. As características sociodemográficas estão graficamente expostas na tabela 1, enquanto as características socioeconômicas estão expostas na tabela 2.

Com relação as características sociodemográficas maternas, encontrou-se que a faixa etária da maioria das gestantes se manteve entre 20 e 35 anos (64,00%), sendo a média de idade materna de 25,8 anos. 24% das gestantes eram adolescentes. A maioria das mães se considerava de cor parda (68%), tinha menos que 8 anos completos de estudo (62,40%) e, no que diz respeito à situação conjugal, 77,6% era casada ou possuía união estável. Em relação à moradia, a maior parte era procedente de área urbana: 68,80% (Tabela 1).

Com relação as características socioeconômicas maternas, 58,4% das mães estavam desempregadas e das 40,00% daquelas que estavam empregadas, apenas 19,20 % tinham carteira assinada. Das mães que não trabalhavam, 40,80% eram trabalhadoras do lar e não possuíam função. Havia 6,40% das gestantes que ainda eram estudantes (Tabela 2).

Ainda na tabela 2, 49,60% das gestantes tinham menos que 3 pessoas morando na casa, enquanto 40,0% tinham entre 3 e 5 pessoas. No quesito renda familiar, 77,6% das gestantes possuíam renda mensal familiar menor que 3 salários mínimos, sendo que em 84,8% dos casos grande parte daquela era conseguida pela contribuição de uma ou duas pessoas. Continuando no quesito rendimento, 53% das famílias não recebiam quaisquer tipos de auxílio para complemento. Das 58 famílias que recebiam auxílio, a maioria era proveniente de Bolsa Família (75%).

No que se refere ao quesito bens adquiridos, 71,2 % das gestantes tinha pelo menos uma televisão em casa, apenas 5,60% não a possuíam. Com relação ao aparelho de rádio, a quantidade de família que não tinha ou que tinha pelo menos um se manteve equilibrado. A grande maioria não possuía qualquer tipo de automóvel (64,0%). 80,8% das casas tinham apenas um banheiro para a família toda.

DISCUSSÃO

O estudo em questão conseguiu levantar dados interessantes acerca do perfil sociodemográfico materno, demonstrados a seguir. A faixa etária da maioria das gestantes, que encontrou-se entre 20 e 34 anos, coincidiu com outros estudos realizados^{5,26}. Tal faixa etária, no entanto, não está listada como de maior fator de risco na literatura obstétrica, tais quais a gravidez abaixo de 20 ou acima 35 anos. A situação conjugal e a área de moradia também coincidiram quantitativamente com os resultados encontrados no estudo de Lansky et al (2014) que não observou diferença estatisticamente significativa após análise estatística. A redução da desigualdade socioeconômica, o maior acesso aos serviços de saúde, inclusive com aquisição de planos de saúde, e a significativa perda de dados que não estavam anotados nos prontuários, principalmente no que se refere a situação socioeconômica e a cor de pele podem ter contribuído para este resultado, segundo o autora. Kale et al (2017) encontrou resultados quantitativamente parecidos no que diz respeito a cor de pele da gestante, porém também ressaltou que analiticamente não resultaram em significância estatística, inferindo que a cor de pele poderia demonstrar mais a discriminação no acesso ao serviço e a perpetuação dos resultados adversos do nascimento por gerações.

No que diz respeito a escolaridade, ainda dentro do perfil sociodemográfico, os estudos não encontraram significância estatística entre os níveis educacionais, embora numericamente nesses mesmos estudos os casos de near miss neonatal foram maiores em gestantes com mais de oito anos completos^{26,27,28,29}. Vale ressaltar que embora o fator baixa escolaridade apareça como preditor de perfil socioeconômico, estabelecendo relação direta com este, e, consequentemente reconhecido pela literatura como preditor de morbimortalidade infantil e neonatal, poucos foram os artigos que o abordaram.

Dos dados encontrados dentro do perfil socioeconômico, apenas o exercício de atividade remunerada e a quantidade de salários mínimos que compunham a renda foram utilizados como parâmetros em outros estudos. Foi encontrado resultado semelhante em Gonzaga et al (2011),

no qual a maioria das puérperas estava desempregada (75,7%). Neste mesmo estudo, porém, a maioria (58,7 %) vivia com renda de até um salário mínimo, enquanto no presente estudo o resultado utilizado foi de 3 salários mínimos, podendo ser este um resultado da ascensão socioeconômica da população ao longo destes anos.

Ainda com relação aos outros dados socioeconômicos, houve perda dos parâmetros utilizados pelo presente estudo, no que se refere ao uso de bens de consumo. A definição utilizada por alguns artigos avaliados foi de classe socioeconômica, divididas estas em A, B, C, D, E^{5,27}. No entanto, além do conceito de classe socioeconômica variar conforme o país e conforme o salário mínimo e as condições de saúde, o ano em que o estudo foi realizado influencia na classe social. Em 2014, por exemplo, televisão, rádio e videocassete faziam parte da estratificação de classes utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2015, ano em que esta pesquisa já estava na fase de coleta, a aquisição destes objetos já não era mais parâmetro utilizado na estratificação³⁰.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou o perfil sociodemográfico e econômico materno presentes nos casos Near Miss Neonatal encontrados. Embora não tenha sido utilizadas fórmulas analíticas, certamente alguns dos dados chamam atenção para o panorama social a que essas mulheres e crianças estão inclusas. Em que pese o fato de o desenvolvimento social ser preditor de saúde pública²⁰, a maioria dos estudos não avaliou ou não encontrou dados significantes acerca da relação entre a situação social das mulheres cujos recém-nascidos foram considerados near miss^{26,27,28,29}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, Maria Fernanda Branco de et al. Early neonatal deaths associated with perinatal asphyxia in infants ≥ 2500 g in Brazil. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 93, n. 6, p.576-584, nov. 2017.
2. UNICEF: Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2014. New York: UNICEF; 2014 [http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/APR-2014-17Oct14-web_194.pdf]

3. Alkema L, Fengqing Chao, Danzhen You, Jon Pedersen, Cheryl C Sawyer. National, regional, and global sex ratios of infant, child, and under-5 mortality and identification of countries with outlying ratios: a systematic assessment. *Lancet Global Health*. 2014; 2 (9): 521-30.
4. ALMEIDA, Maria Fernanda Branco de et al. Early neonatal deaths associated with perinatal asphyxia in infants >2500 g in Brazil. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], p.107-116, mar. 2017.
5. LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.192-207, ago. 2014.
6. ONU. Millennium Development Indicators: Country and Regional Progress Snapshots. Disponível em <<https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/snapshots.htm>>. Acessado em 01/09/2017.
7. BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para Políticas de Saúde: mortalidade perinatal. Brasília; 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_mortalidade_perinatal.pdf>. Acessado em 02/09/2017.
8. RODRIGUES, Nádia Cristina Pinheiro et al. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997–2012. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 92, n. 6, p.567-573, nov. 2016.
9. RAJARATNAM, Julie Knoll et al. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. **The Lancet**, [s.l.], v. 375, n. 9730, p.1988-2008, jun. 2010
10. DEMITTO, Marcela de Oliveira et al. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 51, p.1-8, 2017.
11. LIMA, Jaqueline Costa et al. Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.931-939, mar. 2017.
12. SILVA, Cristiana Ferreira da et al. Fatores associados ao obito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco

- no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 2, p.355-368, fev. 2014.
13. AUNE, Dagfinn et al. Maternal Body Mass Index and the Risk of Fetal Death, Stillbirth, and Infant Death. **Jama**, [s.l.], v. 311, n. 15, p.1536-1546, 16 abr. 2014.
 14. CEDERGREN, Marie I. Maternal Morbid Obesity and the Risk of Adverse Pregnancy Outcome. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 103, n. 2, p.219-224, fev. 2004.
 15. NOHR, Ellen A; VAETH, M; BAKER, Jennifer L; Sørensen, Torkild IA; OLSEN, J; RASMUSSEN, KM. Combined associations of prepregnancy body mass index and gestational weight gain with the outcome of pregnancy. **Am J Clin Nutr** 2008;87:1750 –9, jun. 2008
 16. SEBIRE, N J et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287?213 pregnancies in London. **International Journal of Obesity**, [s.l.], v. 25, n. 8, p.1175-1182, ago. 2001.
 17. TENNANT, P. W. G.; RANKIN, J.; BELL, R. Maternal body mass index and the risk of fetal and infant death: a cohort study from the North of England. **Human Reproduction**, [s.l.], v. 26, n. 6, p.1501-1511, 5 abr. 2011.
 18. NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.252-261, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600020171>.
 19. A BHUTTA, Zulfiqar et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? **The Lancet**, [s.l.], v. 384, n. 9940, p.347-370, jul. 2014.
 20. PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [s.l.], v. 377, n. 9779, p.1778-1797, mai. 2011.
 21. NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.252-261, jun. 2016.
 22. SANTOS, Juliana P. et al. Neonatal near miss: a systematic review. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.1-10, dez. 2015.
 23. PILEGGI, Cynthia et al. Neonatal near miss approach in the 2005 WHO Global Survey Brazil. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 86, n. 1, p.21-26, 11 fev. 2010.

24. Pileggi C, Souza JP, Cecatti JG, Faúndes A. Neonatal near miss approach in the 2005 WHO Global Survey Brazil. *J Pediatr (Rio J)* 2010;86(1):21-26.
25. PILEGGI-CASTRO, C et al. Development of criteria for identifying neonatal near-miss cases: analysis of two WHO multicountry cross-sectional studies. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 121, p.110-118, mar. 2014.
26. KALE, Pauline Lorena et al. Neonatal near miss and mortality: factors associated with life-threatening conditions in newborns at six public maternity hospitals in Southeast Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 4, p.1-12, 2017.
27. Silva AAM, Leite AJM, Lamy ZC, Moreira MEL, Gurgel RQ, Cunha AJLA, et al. Morbidade neonatal near miss na pesquisa Nascer no Brasil Neonatal near miss in the Birth in Brazil survey. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S182-91.
28. Silva GA, Rosa KA, Saguier ESF, Henning E, Mucha F, Franco SC et al. Estudo de base populacional sobre a prevalência de *near miss* neonatal em município do sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 17 (1): 169-177 jan. / mar., 2017
29. GONZAGA, Isabel Clarisse Albuquerque et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 6, p.1965-1974, jun. 2016.
30. KAMAKURA, Wagner; MAZZON, José Afonso. CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO E COMPARAÇÃO DE CLASSIFICADORES SOCIOECONÔMICOS NO BRASIL. **Revista de Administração de Empresas**, [s.l.], v. 56, n. 1, p.55-70, fev. 2016.

TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas das mães cujos RN's foram considerados *near miss* neonatal. Maternidade de alto risco, Aracaju/SE, março/2015 a setembro/ 2015.

Características maternas	<i>Near miss</i> neonatal	
	N	%
Idade		
<20	30	24
20 a 34	80	64
≥35	15	12

Cor		
Branco	22	17,6
Negro	16	12,8
Pardo	85	68
Prejudicado	2	1,60
Situação Conjugal		
Casada/União estável	97	77,6
Solteira	24	19,4
Separada	2	1,6
Prejudicado	2	1,6
Escolaridade		
Não frequentou	6	4,8
< 8 anos	78	62,4
> 8 anos	41	32,8
Área		
Urbana	86	68,8
Rural	36	28,8
Prejudicado	3	2,40
Total	125	100,0

Tabela 2. Características socioeconômicas das mães cujos RN's foram considerados *near miss* neonatal. Maternidade de alto risco, Aracaju/SE, março/2015 a setembro/ 2015.

Características socioeconômicas	<i>Near miss</i> neonatal	
	N	%
Situação de Trabalho		
Trabalha	53	40,0
Não trabalha	70	58,4
Prejudicado	2	1,60
Ocupação		
Do lar	51	40,8
Empregado com carteira	24	19,2
Empregado sem carteira	14	11,2
Autônoma	8	6,4
Proprietário	4	3,20
Desempregado	14	11,2
Aposentado	0	0
Estudante	8	6,4
Prejudicado	2	1,6
Número de pessoas em casa		
Menos que 3	62	49,6
De 3 a 6	50	40,0
De 6 a 9	7	5,6
Mais que 9	3	2,4

Prejudicado	3	2,4
Renda		
Menor que 1 SM	28	22,4
Entre 1 e 3 SM	69	55,2
De 3 a 5 SM	13	10,4
De 5 a 10 SM	3	2,4
Maior que 10 SM	1	0,8
Não sabe	6	4,8
Prejudicado	5	4,0
Quantas pessoas contribuem		
1 ou 2	106	84,8
3 ou 4	15	12,0
Prejudicado	4	3,2
Tipo de auxílio		
Não recebem	66	53,0
Recebem	58	46,0
Bolsa Família	44	75,0
Prejudicado	1	1
Bens ou Móveis		
Televisão		
Nenhuma	7	5,6
Uma	89	71,2
Mais que uma	29	23,2
Rádio		
Nenhum	50	40,0
Um	66	53,0
Mais que um	8	6,0
Prejudicado	1	1,0
Banheiro		
Nenhum	5	4,0
Um	101	80,8
Mais que um	19	15,2
Automóvel		
Nenhum	80	64,0
Um	37	29,6
Mais que um	7	5,6
Prejudicado	1	0,8
Total	125	100,0

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
ESTUDO SOBRE FATORES DE RISCO PARA NEAR MISS NEONATAL E
MATERNO E AVALIAÇÃO DE ÓBITOS NEONATAIS EM MATERNIDADES DE
ARACAJU**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária de uma grande pesquisa que será realizada no período de um ano em quatro maternidades de Aracaju – “Fatores de risco para near miss neonatal em maternidades de Aracaju - se você quiser participar, assine ao final do documento. Você não é obrigada a participar e a qualquer hora pode desistir. Se não quiser participar não terá nenhum prejuízo na relação com as pesquisadoras e com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde constam os telefones das pesquisadoras responsáveis, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

O objetivo desta pesquisa é identificar a prevalência dos óbitos fetais e neonatais entre pacientes com near miss materno e os fatores associados a esse desfecho, assim como avaliar os casos de near miss neonatal e os óbitos neonatais no período de um ano. Para participar da pesquisa, você deverá responder ao questionário de acordo com o orientado.

Sua participação será importante para avaliarmos a assistência prestada e os fatores que levaram a esse desfecho, a fim de que se evite futuras complicações. Não será realizada nenhuma cobrança e também não será realizado nenhum pagamento pela sua participação.

As informações a respeito dessa pesquisa serão publicadas em periódicos científicos (revistas na área de enfermagem e medicina). Apenas os resultados serão divulgados, preservando a identidade da paciente.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado pela pesquisadora dos procedimentos que serão utilizados, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro que autorizo a utilização dos dados do meu prontuário e do prontuário de meu filho. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA: Aracaju, de , do ano .

(Assinatura do participante ou responsável por extenso)

elefones das Responsáveis: Daniele (91270332); Lilian (99640004); Thais (98117647)

8. Número do Prontuário Hospitalar: Não se aplica:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Nome da paciente: _____

(Nome completo, sem abreviaturas)

10. Apelido: _____ Não se aplica:

11. R.G: _____ UF: _____

12. Endereço completo, sem abreviações:

 _____ **(Rua,**

Avenida, Travessa, Sitio, etc., e número)

13. Bairro: _____

14. Município: _____ UF: _____

15. Telefone(s) de Contato Fixo: _____ e Celular _____

16. Ponto de Referência: _____

17. Área (*Urbana = 1 / Rural=2*)

18. Qual a Unidade de Saúde que a senhora frequenta? _____

19. Qual o nome do agente de saúde que visita a sua casa? _____

20. Nome da mãe da paciente: _____

21. Endereço da mãe da paciente: _____

22. Município da mãe da paciente: _____

23. Telefone da mãe da paciente: _____

24. Data de nascimento da paciente (dd/mm/aa):

Dia	Mês	Ano
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

25. Idade da paciente no parto:

DADOS DE PRONTUÁRIO**DADOS DA INTERNAÇÃO DA MÃE:**

26. Data da Internação:

Dia	Mês	Ano			

27. Local da internação no momento da admissão: (Enfermaria=1 / Pré-parto=2 / UTI=3 / Admissão =4 / Não especificado =5)

28. N° da Declaração de Óbito: *(se óbito materno)*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DADOS RELATIVOS AO RECÉM-NASCIDO

29. O RN se internou na UTIN? *(sim= 1, não= 2)*

30. Se sim, qual a data da internação do RN na UTIN:

Dia	Mês	Ano			

31. N° do Prontuário Hospitalar do RN (caso o prontuário do RN não esteja anexado ao da genitora):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

32. N° da Declaração de Nascido Vivo (DNV): **(Copiar do prontuário)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

33. N° da Declaração de Óbito: *(se óbito fetal ou neonatal)*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34. Sexo *(Masculino= 1 / Feminino=2 / Indeterminado=3)*:

35. Peso ao Nascer (gramas):

--	--	--	--

36. Comprimento ao Nascer (cm):

--	--	--

37. Perímetro cefálico (cm):

--	--	--

38. Apgar 1° min:

39. Apgar 5° min:

DIAGNÓSTICOS

(*não preencher*)

40. _____
41. _____
42. _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Capurro (semana e dias):
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Semanas | / | Dias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
44. O RN foi reanimado (manobras PCR)? (*sim= 1 / não= 2*)
45. Fez uso de oxigênio suplementar? (*sim= 1, não= 2*)
46. Se sim, foi com o quê? (Máscara=1 / CPAP=2 / Capacete de oxigênio=3 / Não se aplica= 0)
47. Fez uso de tubo endotraqueal? (*sim= 1, não= 2*)
48. Fez uso de adrenalina? (*sim= 1, não= 2*)
49. Fez uso de surfactante? (*sim= 1, não= 2*)
50. Fez uso de cateterismo umbilical? (*sim= 1, não= 2*)
51. Fez uso de acesso venoso central? (*sim= 1, não= 2*)
52. Fez uso de dissecação venosa? (*sim= 1, não= 2*)
53. Fez uso de PICC? (*sim= 1, não= 2*)
54. Fez uso de antibióticoterapia? (*sim= 1, não= 2*)
55. Fez uso de hemotransfusão? (*sim= 1, não= 2*)
56. Fez uso de nutrição parenteral? (*sim= 1, não= 2*)

CRITÉRIOS DO RECÉM-NASCIDO PARA NEAR MISS NEONATAL (CASO):

- A. Idade gestacional ao nascer < 32s? Sim Não
- B. Muito baixo peso ao nascer (Peso <1500g)? Sim Não
- C. Escore de Apgar aos 5 minutos de vida < 7 ? Sim Não

CASO - Se o RN apresentar 1 dos critérios acima:

OBS: Marcar também na Folha de Identificação.

DADOS RELATIVOS AO PARTO

57. Data do Parto:

Dia	Mês	Ano			

58. Hora do nascimento:

Hora	min		

59. Nº de fetos (*número*):

--	--

60. Tipo de parto (*Normal=1 / Cesariana=2 / Fórceps=3*):

61. Se foi cesárea qual o motivo? (*Escrever por extenso*) _____

62. Categoria de Internação (*SUS=1 / Convênio=2 / Previdência pública=3 / Particular=4 / Complemento= 5 / Pacote=6*):

63. Bolsa Rota? (*sim=1 / não=2*)

64. Amniotomia? (*sim=1 / não=2*)

65. Uso de ocitocina durante o trabalho de parto? (*sim=1 / não=2*)

66. Uso de misoprostol durante o trabalho de parto? (*sim=1; não=2*)

67. Cardiotocografia? (*sim=1 / não=2*)

DADOS DO ÓBITO

68. Tempo de vida:

Dia	Hora		

69. Causa básica _____

--	--	--

Causas Associadas:

70. _____

--	--	--

71. _____

--	--	--

72. _____

--	--	--

CRITÉRIOS CLÍNICOS DO NEAR MISS MATERNO (OMS):

A. Perda de consciência > 12 horas?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
B. Perda de consciência e ausência de pulso?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
C. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
D. Convulsões não controladas?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
E. Oligúria não responsiva a fluídos e diuréticos?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
F. Frequência respiratória > 40 ou < 6/min?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
G. Cianose aguda?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
H. Gasping?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
I. Choque?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
J. Distúrbio da coagulação?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
L. Acidente Vascular Cerebral?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

CRITÉRIOS LABORATORIAIS DO NEAR MISS MATERNO (OMS):

A. Saturação de O ₂ < 90% por mais de 60 min?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
B. PaO ₂ /FiO ₂ < 200mmHg?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
C. Bilirrubina > 6,0 mg/dl?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
D. Trombocitopenia aguda (< 50.000)?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
E. Perda de consciência e presença de glicose e cetoácidos na urina?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
F. Lactato > 5?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
G. PH < 7,1?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
H. Creatinina >= 3,5 mg/dl?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

CRITÉRIOS DE MANEJO DO NEAR MISS MATERNO (OMS):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

A. Uso contínuo de drogas vasoativas?	Sim		Não	
B. Histerectomia após infecção ou hemorragia?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
C. Transfusão \geq 5 unidades de hemácias?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
D. Diálise por insuficiência renal aguda?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
E. Intubação e ventilação por \geq 60 min, não relacionada à anestesia?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
F. Ressuscitação Cardiopulmonar?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO

DADOS DA MÃE

73. Situação Conjugal (*Solteira= 1 / Consensual= 2 / Viúva = 3 / Separada=4*):

74. Como você considera sua cor? (*Branco=1 / Preto=2 / Pardo, mulato, moreno=3 / Amarelo, ocidental=4 / Indígena=6 / Outros=7*)

75. Segundo sua observação, qual a cor da entrevistada? (*Branco=1 / Preto=2 / Pardo, mulato, moreno=3 / Amarelo, ocidental=4 / Indígena=6 / Outros=7*)

76. Você frequentou a escola? (*sim= 1 / não=2*)

77. Você ainda vai à escola? (*sim= 1 / não=2*)

78. Até que série você completou? _____ **(NÃO PREENCHER)**
(Especificar série e nível por extenso)

79. Com que idade você teve sua primeira menstruação? (*anos*)

80. Com que idade você iniciou atividade sexual? (*anos*)

81. Antes de engravidar, estava usando algum método anticoncepcional? (*sim=1 / não=2*)

82. Se sim, qual método? (*escrever por extenso*) _____

83. Se estava usando, por que você acha que engravidou? (*Parou de usar=1 / Método falhou=2 / Uso incorreto=3 / Não sabe=4 / Outro =5 / Não se aplica = 0*)

84. Quantas gestações você já teve? (número)

85. Quantos nascidos vivos? (número)

86. Quantos abortos? (número)

87. Quantos natimortos? (número)

88. Quantas gestações gemelares? (número)

89. Quantas cesáreas anteriores? (número)

DADOS RELATIVOS À RENDA

90. Ocupação atual: _____

91. Situação do trabalho (*Do lar = 0 / Empregado com carteira=1 / Empregado sem carteira=2 / autônoma= 3 / Proprietária= 4 / Desempregado=5 / Aposentado=6 / Estudante = 7 / Funcionário público=8 / Informação prejudicada=9*):

92. Qual o número de pessoas na casa? (número)

93. Qual a renda familiar? (R\$, em salários mínimos - menos que 1 SM =1; 1 a menos de 3 SM =2; 3 a menos de 5 SM=3; 5 a menos de 10 SM =4; 10 ou mais SM ou =5)

94. Quantas pessoas contribuem para a renda familiar? (número)

95. Quem é a pessoa que mais contribui? (*Pai=1 / Mãe=2 / Avô(a)=3 / Irmão(a)= 4 / Outro=5*)

96. A família recebe algum tipo de auxílio governamental ou não? (*Bolsa família=1 / BPC=2 / Auxílio temporário=3 / Aposentadoria=4 / Pensão=5 / Mais de um auxílio=6 / Não recebe= 0*)

Dados relativos à renda segundo a ABEP:

97. Posse de itens:

A. Televisão em cores (Nenhum =0 / Um = 1 / Dois =2 / Três =3 / Quatro =4)

B. Rádio (Nenhum =0 / Um = 1 / Dois =2 / Três =3 / Quatro =4)

C. Banheiro (Nenhum =0 / Um = 1 / Dois =2 / Três =3 / Quatro =4)

D. Automóvel (Nenhum =0 / Um = 1 / Dois =2 / Três =3 / Quatro =4)

E. Empregada Mensalista (Nenhum =0 / Um = 1 / Dois =2 / Três =3 / Quatro =4)

F. Máquina de Lavar (Nenhum =0 / Um = 1 / Dois =2 / Três =3 / Quatro =4)

G. Vídeo Cassete e/ou DVD (Nenhum =0 / Um = 1 / Dois =2 / Três =3 / Quatro =4)

98. Qual o grau de instrução do chefe da família? _____
(Especificar série e nível por extenso)

DADOS RELATIVOS À GESTAÇÃO

99. Data da última menstruação?

Dia	Mês	Ano

100. Fez pré-natal? (*sim= 1 / não= 2*)

101. Em qual município fez o pré-natal? _____ **(NÃO PREENCHER)**

102. Com quantas semanas de gestação iniciou o pré-natal? (*número / não se aplica = 00*)

103. Número de consultas realizadas no Pré-natal (*número / não se aplica=00*):

104. Por quem foi assistida no Pré-Natal? (*Enfermeira=1 / Médico PSF=2 / Obstetra =3 / Enfermeiro e Médico PSF =4 / Enfermeiro, Médico PSF e Obstetra =5 / Enfermeiro e Obstetra= 6 / Não se aplica=0*)

105. Intervalo interpartal: *anos (Primigesta / 1ano / < 2anos / 2anos / > 2 anos / 3anos)*: _____

106. Como fez o pré-natal? (*SUS=1 / Convênio=2 / Previdência pública estadual=3 / Particular=4 / Não se aplica=0*)

107. Você recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno no pré-natal? (*sim = 1 / não = 2*)

108. Se recebeu quem fez está orientação? (*Enfermeira=1 / Médico PSF=2 / Obstetra=3 / Enfermeira e médico PSF=4 / Enfermeiro, Médico PSF e Obstetra =5 / Enfermeiro e Obstetra= 6 / Agente comunitário de saúde =6 / Não se aplica=0*)

109. Você tem o cartão da gestante? (*sim=1 / não=2*)

110. O médico desta maternidade viu o cartão da gestante? (*sim=1 / não=2 / não sabe=8 / não se aplica=0*)

111. Você durante a gravidez? (*sim=1 / não=2*)

112. Quantos cigarros você fumou, por dia, **até** o 5º mês? (*número*)

113. Quantos cigarros você fumou, por dia, **após** o 5º mês? (*número*)

114. Você tomou bebida alcoólica durante a gravidez? (*sim=1 / não=2*)

115. Se sim, qual a frequência? (*Todo dia=1 / 2x p/semana ou mais=3 / Menos de 2x p/ semana=2 / Não se aplica =0*)

116. Você faz uso de alguma droga? (*sim= 1, não= 2*)

117. Se sim, qual? _____

118. Qual a frequência? (*Todo dia=1 / 2x p/semana ou mais=3 / Menos de 2x p/ semana=2 / Não se aplica =0*)

119. Apresentava alguma doença antes da gestação? (*sim=1 / não=2*)

120. Qual (is)? _____

121. Intercorrência clínico obstétrica em gestação anterior. (*sim=1 / não=2*)

122. Qual (is)? _____

123. Intercorrência clínico obstétrica em gestação atual. (*sim=1 / não=2*)

124. Qual (is) ? _____

125. Medicamentos usados durante a gravidez (exceto vitaminas, ácido fólico e sulfato ferroso): (*Anotar o nome por extenso*)

A. _____

B. _____

C. _____

126. Usou medicamento controlado? (*sim =1 / não=2*)

127. Se sim, qual a frequência? (*Todo dia=1 / 2x p/semana ou mais=3 / Menos de 2x p/ semana=2 / Não se aplica =0*)

128. Usou corticóide (celestone soluspan) durante a gravidez? (*sim= 1 / não= 2*)

DADOS RELATIVOS AO PARTO.

129. Seu filho foi colocado no seio (PARA AMAMENTAR) na sala de parto? (*sim =1 / não=2*)

130. Precisou apertar a barriga durante o parto? (Manobra de Kristeller) (*sim=1 / não=2*)