



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

**CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E CARACTERÍSTICAS
SOCIOECONÔMICAS EM UMA POPULAÇÃO DE *NEAR MISS* NEONATAL
EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL**

NICOLAS MAGNO SANTOS CRUZ

Aracaju/SE

2018

NICOLAS MAGNO SANTOS CRUZ

**CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E CARACTERÍSTICAS
SOCIOECONÔMICAS EM UMA POPULAÇÃO DE *NEAR MISS* NEONATAL
EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL**

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. Thaís 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

**CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E CARACTERÍSTICAS
SOCIOECONÔMICAS EM UMA POPULAÇÃO DE *NEAR MISS* NEONATAL
EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL**

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.

Autor: Nicolas Magno Santos Cruz

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

Aracaju/SE

2018

NICOLAS MAGNO SANTOS CRUZ

**CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E CARACTERÍSTICAS
SOCIOECONÔMICAS EM UMA POPULAÇÃO DE *NEAR MISS* NEONATAL
EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL**

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, amigos e companheiros que não mediram esforços ao decorrer desta jornada para ver concretizado este exaustivo projeto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe por todos os bons exemplos que me concedeu, provendo todos os recursos para tornar-me um bom ser humano que pretende fazer diferença no mundo. Agradeço aos meus irmãos, tias, tios e avô pelo apoio irrestrito ao longo desses anos.

À minha orientadora, Prof.^a Thaís Serafim e Prof.^a Lílian Libório, por toda a atenção e carinho concedidos. Agradeço aos coordenadores da Pesquisa Materno-Infantil – *Near Miss*, Prof. Marco Prado, Prof.^a Eleonora Ramos pela rica experiência.

Agradeço especialmente a todos os membros do Grupo *Near Miss*, em especial aqueles com quem dividi momentos de trabalho e ótima convivência durante a coleta de dados: Jéssica, Marília, Luiz Vinicius, Thayana, Rafael, Rebeca, e Júlio (I.M.), Vinícius, Wendell, Francis e Ana Luísa.

Agradeço a Fernanda Monteiro Batista Simões, pela atenção, preocupação e apoio ao desenvolvimento deste trabalho, tendo participação fundamental para a sua conclusão. Agradeço a Luís Fabiano Passos Bispo por lançar-se corajosamente nos campos do conhecimento escasso sobre o *near miss* neonatal, tornando minha tarefa um pouco menos árdua.

Aos profissionais da Maternidade Santa Isabel, que durante um ano nos receberam com carinho em seu ambiente de trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

IG: Idade Gestacional

NMM: Near Miss Materno

NMN: Near Miss Neonatal

ODM: Objetivos para Desenvolvimento do Milênio

OMS: Organização Mundial de Saúde

RN: Recém-nascido

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFS: Universidade Federal de Sergipe

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE TABELAS

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

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

SUMÁRIO

I– REVISÃO DE LITERATURA	10
1. MORTALIDADE INFANTIL	10
2. MORTALIDADE NEONATAL	12
3. NEAR MISS NEONATAL	16
4. MORTALIDADE NEONATAL EM <i>NEAR MISS</i> NEONATAL.....	17
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
II – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	22
III- ARTIGO CIENTÍFICO.....	31
RESUMO.....	32
ABSTRACT.....	33
INTRODUÇÃO	34
RESULTADOS	38
DISCUSSÃO.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
TABELAS	45
IV – ANEXOS	47

1. MORTALIDADE INFANTIL

Dentre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) adotados pelos países membros da ONU no ano 2000, dois dizem respeito à saúde materno-infantil. O ODM-4 visa reduzir em dois terços a mortalidade infantil (de 0 a 5 anos de vida), enquanto o ODM-5 propõe a melhoria da saúde das gestantes. Os esforços para reduzir a mortalidade infantil pelo mundo resultaram em significativa melhoria dos índices, porém não foram suficientes para atingir o ODM-4. Entre 1990 e 2013, a mortalidade infantil diminuiu aproximadamente pela metade, caindo de 90 para 46 óbitos por mil nascidos vivos (UNICEF, 2014).

A redução da mortalidade infantil não ocorreu de maneira uniforme pelo mundo. Enquanto a média mundial foi de quase 50%, nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos foi de 35%. Mais de 80% dos óbitos infantis estão concentrados em 25 países da África Subsaariana e do Sul da Ásia, regiões onde estão localizados muitos dos países mais pobres e com menor índice de desenvolvimento humano (IDH) (RAJARATNAM et al, 2010). A maior parte desse progresso aconteceu nos países asiáticos, reduzindo os índices de mortalidade infantil ao passo que elevaram a renda da população em extrema pobreza para além US\$1,00 ao dia, distanciando-se da África Subsaariana, onde alguns países entraram em uma tendência de diminuição da renda. Fatores como crises humanitárias, extrema pobreza e altas taxas de pessoas vivendo com HIV/AIDS interferem negativamente na saúde materno-infantil ao redor do mundo, também por isso, 29 países estagnaram a redução da mortalidade infantil e 14 reverteram a tendência de queda (WHO, 2005). A Nigéria, um país subsaariano, diminuiu a mortalidade infantil de 213,2 para 117,4 óbitos por mil nascidos vivos entre 1990 e 2013, uma redução de 45%, insuficiente para atingir o ODM-4, e que ainda deixa o país entre aqueles com as piores taxas de mortalidade no mundo (ONU, 2015; ADEWUYI et al, 2017).

Inúmeros fatores, entre eles o saneamento básico, condições de vida, assistência médica, programas de saúde pública e, mais recentemente, colocar as crianças para dormir em decúbito dorsal, que previne a síndrome da morte súbita impactam sobre o índice de mortalidade infantil (Kinney and Thach 2009), este efeito, porém, não é sentido da mesma forma em todos os países do mundo. Em análise realizada por

Schell *et al* (2007) que envolveu 152 países, divididos entre países de baixa, média e alta renda, foram analisadas as variáveis produto interno bruto *per capita*, desigualdade de renda, taxa de analfabetismo em mulheres jovens, investimento em saúde e taxa de pobreza. Schell *et al* demonstraram que as três primeiras variáveis foram responsáveis por 92% da taxa de mortalidade infantil, sendo a taxa de analfabetismos entre mulheres a que mais teve importância em países de baixa renda. A mesma observação se repetiu para os países de média renda, porém, em análise multivariada, o PIB *per capita* e a desigualdade de renda foram mais importantes que o analfabetismo entre mulheres jovens. Nos países de alta renda, os preditores socioeconômicos não se relacionaram significativamente com a taxa de mortalidade infantil. No Brasil, com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, PNAD, Garcia e Santana (2011) indicaram que no período de 1993 a 2008, houve redução estatisticamente significativa da concentração dos óbitos de menores de cinco anos entre aqueles cujas mães tinham baixa escolaridade, corroborando indiretamente com os resultados de Schell *et al*, concernente ao grau de escolaridade de mulheres e o impacto sobre a mortalidade infantil nos países de renda média.

As variações nos índices de mortalidade não divergem apenas quando se comparam países desenvolvidos e em desenvolvimento. Diferenças regionais, dentro de mesmo país, podem acontecer. Em 2007 as regiões Sul e Sudeste já apresentavam taxas de mortalidade infantil inferior a 17,9 mortes a cada mil nascidos vivos, compatíveis com o estabelecido no ODM-4, enquanto o Norte e o Nordeste tinham taxas de 29,7 e 26,8, respectivamente (Ministério da Saúde, 2011).

O Brasil, que é um país em desenvolvimento, atingiu o ODM-4 em 2013, apresentando uma redução de 61,5 para 13,7 óbitos por mil nascidos vivos entre 1990 e 2013, o que representa uma diminuição de 78% (ONU, 2015; BRASIL, 2012). A criação do Sistema Único de Saúde no ano de 1991, baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, fruto da intensa mobilização de vários setores da sociedade brasileira, foi fator preponderante para alcançar o ODM-4. No ano de 2002 a rede de atenção básica à saúde cobria cerca um terço da população brasileira, e, a cada 10% de cobertura a taxa de mortalidade infantil teve redução de 4,6% (MACINKO, 2006). 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).

Cinco causas representam 60% dos óbitos infantis: complicações de parto prematuro, pneumonia, complicações do intraparto, diarreia e malária. Estas causas 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 insucesso de vários 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

O período neonatal, que representa os primeiros 28 dias de vida, é o momento mais crítico no que diz respeito à mortalidade infantil. O primeiro mês após o nascimento é responsável por 44% da mortalidade infantil, sendo que em alguns países pobres esta taxa é superior a 50% (ADEWUYI et al, 2017; UNICEF, 2014). Entre 1990 e 2013, a redução da mortalidade neonatal foi de cerca de 40% em todo o mundo, apresentando atualmente um índice de 20 óbitos para mil nascidos vivos, o que representou no ano de 2013 mais de 2,8 milhões de mortes. No entanto, a mortalidade neonatal não diminuiu na mesma velocidade que a mortalidade pós-neonatal, e por isso representa hoje uma porcentagem maior dentro da mortalidade infantil do que em 1990, que era de 37% (WARDLAW et al, 2014).

O declínio da mortalidade neonatal pelo mundo ocorreu de maneira desigual. Entre 1990 e 2010, a Europa reduziu a taxa de óbito do primeiro mês em 50%, enquanto a África reduziu 22%. (WHO, 2011). Já no Brasil houve redução de 38% entre os anos de 1997 e 2012, e hoje a mortalidade neonatal representa 70% dos óbitos até os cinco anos de vida (RODRIGUES et al, 2016; BRASIL, 2014). 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. Já em Luxemburgo e na Islândia, países com os menores coeficientes, é de um por 1000 nascidos vivos (WARDLAW et al, 2014).

Lansky et al (2014), utilizando dados da pesquisa Nascido no Brasil, um estudo de coorte de base hospitalar incluindo 24.197 puérperas e seus recém-nascidos (RNs), avaliaram o perfil da mortalidade neonatal nas cinco regiões do país. As regiões Norte e Nordeste, que são as menos desenvolvidas, concentraram juntas cerca de 70% de todos os óbitos da pesquisa. Apesar dos autores afirmarem a impossibilidade de fazer associações entre mortalidade neonatal e aspectos socioeconômicos, visto que a pesquisa foi realizada apenas em hospitais de maior porte, chama à atenção a concentração dos óbitos nas duas regiões menos ricas. Além disso, foi percebido um risco quatro vezes maior de óbito neonatal em recém-nascidos de mães com baixa escolaridade (LANSKY et al, 2014).

A pesquisa Nascido no Brasil mostrou também forte 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).

No Brasil, a mortalidade no primeiro mês de vida tem uma taxa de 10,6 por mil nascidos vivos. O desenvolvimento socioeconômico aparece atrelado às condições de saúde, dividindo as regiões brasileiras em dois grupos: o primeiro 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 formado pelas regiões Nordeste e Norte, com índices de 12,7 e 13,5 óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente. (BRASIL, 2012) O primeiro grupo se destaca do segundo por apresentar maior IDH e melhores índices sociais e econômicos. Para efeito 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 período (RODRIGUES et al, 2016).

Os trabalhos disponíveis na literatura corroboram a ligação entre boa estrutura dos serviços de saúde e óbito neonatal. No estado de São Paulo, que apresenta a terceira menor taxa de mortalidade neonatal do país, os menores índices de mortalidade no primeiro mês de vida se concentraram nas cidades com melhores serviços de saúde, e

os recém-nascidos de regiões com condições socioeconômicas desfavoráveis apresentaram maior risco de óbito (ALMEIDA et al, 2014).

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).

Castro et al (2016) demonstraram ainda o impacto do extremo baixo peso na mortalidade. Os RNs com peso ao nascer abaixo de 1000 gramas apresentaram risco três vezes maior do que aqueles com peso entre 1000 e 1499 gramas. (CASTRO et al, 2016).

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. O Apgar tem boa capacidade de avaliar necessidade e resposta 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. Apesar de não ter a mesma especificidade nos RNs prematuros, 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).

A obesidade materna também surge como fator de risco para a saúde do recém-nascido. Gestações de mulheres previamente obesas estão mais suscetíveis à morte fetal, neonatal, pós-neonatal e infantil. Há 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).

A prevenção da mortalidade neonatal se faz, antes de qualquer coisa, melhorando os cuidados materno-infantis desde o pré-natal até o puerpério. A realização de pré-natal, bem como seu início precoce e realização de um número mínimo de consultas tem impacto direto na mortalidade perinatal. De modo geral, as intervenções preconcepção, pré-natal, intraparto e pós-parto podem evitar até 71% das mortes neonatais, 33% das mortes fetais e 54% das mortes maternas (BHUTTA et al, 2014).

A implantação de medidas como a amamentação precoce (na primeira hora de vida), o contato pele a pele entre a mãe e o RN e a permanência em alojamento conjunto, além de fortalecer o vínculo mãe-bebê, estimulam o aleitamento exclusivo e influenciam positivamente a morbimortalidade neonatal (RAIES et al, 2012; EDMOND et al, 2006).

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).

Ainda há muito a ser feito para melhorar a saúde de mães e crianças no Brasil. A pesquisa Nacer no Brasil desperta a atenção para o chamado Paradoxo perinatal brasileiro, que é o fato de a grande maioria dos partos serem realizados em ambiente hospitalar, com a assistência de médicos, e apesar disso as taxas de mortalidade neonatal 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 termo *near miss* tem origem na aviação, sendo usado para designar a quase ocorrência de um evento não planejado com potencialidade de causar danos. No contexto da saúde, *near miss* foi introduzido para avaliar condições potencialmente graves em gestantes e puérperas que não resultaram em dano, lesão ou doença (SAY et al, 2009).

Enquanto o *near miss* materno (NMM) se consolidou como útil ferramenta de avaliação da saúde materna, o termo *near miss* ainda é pouco conhecido na literatura pediátrica. A partir da percepção de que muitos dos RNs que sobrevivem ao período neonatal são expostos às mesmas condições que aqueles que vão a óbito, é sugerida a necessidade de avaliar os sobreviventes e assim melhorar as deficiências nos serviços prestados às mulheres grávidas (AVENANT et al, 2009)

Pileggi et al (2010) exploraram o uso do conceito de *near miss* neonatal (NMN) ao analisar 19 hospitais brasileiros, a partir de dados de todas as mulheres internadas para parto e seus respectivos RNs até o sétimo dia de vida ou até a alta hospitalar. Pragmaticamente foi definido o conceito de *near miss* neonatal com base nas principais causas de mortalidade neonatal, que são prematuridade e asfixia. Foi constatado que os óbitos neonatais precoces 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). Neste trabalho, a incidência de *near miss* neonatal foi três vezes maior que a taxa de óbitos neonatais precoces, mostrando que o conceito de NMN pode auxiliar bastante os estudos sobre RNs sujeitos a graves complicações (PILEGGI et al, 2010).

O uso de critérios pragmáticos associados a marcadores de gestão, assim chamados os marcadores de intervenção terapêutica, mostrou boa capacidade de prever mortalidade neonatal precoce. 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).

Para avaliar os dados da pesquisa Nascer no Brasil, Silva et al (2014) testaram 19 variáveis, estabelecendo 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 de NMN foi quase quatro vezes maior que a de óbitos neonatais. Este estudo não demonstrou risco aumentado de *near miss* neonatal para os RNs de famílias de menor renda. O NMN foi associado ao nascimento em capitais, parto por cesariana e nascimento em hospitais públicos (SILVA et al, 2014).

Santos et al (2015), ao realizarem uma revisão sistemática sobre o *near miss* neonatal, analisaram estudos realizados no período neonatal, com RNs de peso ao nascer maior que 500 gramas, idade gestacional maior que 32 semanas, excluindo os trabalhos que não definiam conceitos de NMN ou que analisavam apenas o óbito como desfecho. A revisão sistemática selecionou quatro estudos. Em todos eles a asfixia e a prematuridade, as maiores causas de mortalidade 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).

As condições de saúde materna também se relacionam ao *near miss* neonatal. Nakimuli et al (2015) investigaram os efeitos de complicações maternas sobre recém-nascidos, dividindo os neonatos em quatro grupos de acordo com a gravidade. Os autores encontraram diferença significativa entre os grupos em relação à gravidade, idade materna, paridade, nível de educação, situação conjugal e situação de emprego. As patologias maternas associadas ao óbito neonatal foram hemorragia antes do parto, ruptura uterina, pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia e Síndrome Hellp (NAKIMULI et al, 2015). Já Kale et al associaram o *near miss* neonatal à sífilis, baixa qualidade de pré-natal, hemorragia, cor negra, cesariana e aos cuidados hospitalares (KALE et al, 2017).

4. MORTALIDADE NEONATAL EM *NEAR MISS* NEONATAL

A literatura ainda é bastante limitada quanto ao estudo da mortalidade em RNs com critérios para *near miss* neonatal. Prematuridade, muito baixo peso e asfixia

neonatal, os critérios mais utilizados para definir NMN, são conhecidos fatores de risco para o óbito neonatal (ILIODROMITI et al, 2014; LANSKY et al,2014; RAJARATNAM et al, 2010; RODRIGUES *et al*, 2016). Estudos como a pesquisa Nascer no Brasil, em que 81,79% dos RNs eram prematuros extremos e 82% apresentaram muito baixo peso, demonstram o impacto da prematuridade na taxa de mortalidade neonatal. (LANSKY et al, 2014).

Musooko et al (2014) estudaram o óbito neonatal precoce em recém-nascidos com complicações graves em Uganda, utilizando critérios diferentes dos mais frequentemente usados na literatura. Os autores avaliaram RNs com pelo menos um dia de internação em UTI neonatal que tivessem idade gestacional mínima de 28 semanas, peso maior que 800 gramas e Apgar de quinto minuto menor que sete. Dos 341 recém-nascidos que atendiam às exigências, 37 faleceram durante a primeira semana, representando cerca de 10,7%. Entre os óbitos neonatais precoces, as principais causas de óbito foram distúrbios respiratórios e deficiência no cuidado. (MUSOOKO et al, 2014).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. ADEWUYI, Emmanuel Olorunleke et al. Rural-urban differentials in the rates and factors associated with post-neonatal mortality in Nigeria: Evidence from the 2013 national household survey. **Pediatrics International**, [s.l.], p.303-3011, 26 jul. 2017.
3. WHO, The world health report: 2005: Make every mother and child count. Geneva: WHO, 2005.
4. Kinney, H. C., & Thach, B. T. (2009).The sudden infant death syndrome. *New England Journal of Medicine*, 361(8), 795–805.
5. SCHELL, Carl Otto et al. Socioeconomic determinants of infant mortality: A worldwide study of 152 low-, middle-, and high-income countries. *Scandinavian Journal Of Public Health*, [s.l.], v. 35, n. 3, p.288-297, maio 2007.

6. 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.
7. Garcia LP, Santana LR. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9):3717-3728, 2011
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos – Brasil 2011. IDB-2011 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c16b.htm>. Acessado em 11/01/2018.
13. 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.
14. 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.
15. MACINKO, J.. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal Of Epidemiology & Community Health*, [s.l.], v. 60, n. 1, p.13-19, 1 jan. 2006. BMJ.
16. 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.

17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. EDMOND, K. M.. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. **Pediatrics**, [s.l.], v. 117, n. 3, p.380-386, 1 mar. 2006.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.

38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. THE WORLD BANK. Brazil: overview. Disponível em: <http://www.worldbank.org/en/country/brazil>. Acessado em 07/09/2017.
43. 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.
44. 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.
45. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Neonatal mortality: trends 1990---2010. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/maternal-child-adolescent/topics/newborn/neonatalmortality/en> >. Acessado em 02/09/2017.

II – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

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)
- [Nederlands 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.

**CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E CARACTERÍSTICAS
SOCIOECONÔMICAS EM UMA POPULAÇÃO DE *NEAR MISS* NEONATAL
EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL**

**Nicolas Magno Santos Cruz¹; Fernanda Monteiro Batista Simões¹; Luís
Fabiano Passos Bispo¹ Thaís Serafim Leite de Barros Silva¹, , 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

Na maior parte do planeta há uma redução gradual do índice de mortalidade infantil. Muitos fatores são apontados como contribuintes, a exemplo da assistência médica, aumento da renda, escolaridade, condições sanitárias, programas de imunização. O Brasil atingiu a meta estabelecida pela ONU de reduzir em dois terços a mortalidade infantil. Os óbitos neonatais representam uma parte muito significativa na composição da mortalidade infantil. Dentro dos óbitos neonatais, uma população de recém-nascidos apresenta fragilidade em particular, são os *near miss*. O conceito de *near miss* neonatal vem se mostrando como uma útil ferramenta para avaliar a qualidade da assistência à saúde neonatal e apontar caminhos para diminuir a mortalidade no primeiro mês de vida. O presente estudo tem como objetivo descrever questões metodológicas e 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 Risco Habitual de Aracaju, Sergipe, Brasil. Foram identificados casos de NMN e colhidos dados referentes ao perfil sociodemográfico. Entre março e setembro de 2015, foram analisados 6067 prontuários e identificados 31 casos de NMN, sendo 1 descartado por erro de coleta. Dos resultados encontrados, parte era de área urbana, com média de idade de 25,3 anos, cor parda, menos que 8 anos completos de estudo e era casada ou em união estável. Além disso, 66,6% desempenhava alguma atividade remunerada, tinha renda mensal de até três salários mínimos e pouco mais da metade recebia algum auxílio governamental, em sua maioria eram beneficiárias do Programa Bolsa Família.

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

ABSTRACT

In most parts of the world there is a gradual reduction in the infant mortality rate. Many factors are considered as responsible, such as medical care, income increase, schooling, sanitary conditions, immunization programs. Brazil has achieved the goal set by the UN to reduce child mortality by two-thirds. Neonatal deaths represent a very significant part of the composition of infant mortality. Within the neonatal deaths, a population of newborns presents particular fragility, are the near miss. The concept of neonatal near miss has been shown to be a useful tool to evaluate the quality of neonatal health care and to point out ways to reduce mortality in the first month of life. The present study aims to describe methodological issues and to describe the sociodemographic profile of mothers whose newborns were considered near miss neonatal. A cross-sectional study was carried out in a case-control study at a Habitat Risk Maternity Unit in Aracaju, Sergipe, Brazil. Cases of NMN were identified and sociodemographic profile data were collected. Between March and September 2015, 6067 medical records were analyzed and 31 cases of NMN were identified, 1 being discarded due to collection error. Of the results found, part was of urban area, with an average age of 25.3 years, brown, less than 8 years of study and married or in stable union. In addition, 66.6% had some paid activity, had a monthly income of up to three minimum wages and just over half received some government aid, most of which were beneficiaries of the Bolsa Família Program.

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

INTRODUÇÃO

A pesquisa Fatores de risco em *near miss* neonatal foi desenvolvida em duas maternidades, uma pública estadual, a outra beneficente, que presta serviços ao Sistema Único de Saúde, e, esteve vinculada ao Núcleo de Pós-Graduação da Universidade Federal de Sergipe. O estudo buscou identificar em âmbito local os fatores de risco e a ocorrência de recém-nascidos na condição denominada *near miss*, que se refere a um evento evitável com complicações potencialmente graves, mas que não cursaram com morte¹.

O termo *near miss* foi originalmente empregado na aeronáutica para designar um evento quase fatal. Seu uso na medicina está consolidado e é aplicado às mulheres que apresentam grave complicação na gestação, intraparto ou puerpério. As causas mais comuns de morbidade nessa população são as urgências hipertensivas, hemorragia e sepse². Para trazer atenção à saúde materno-infantil, precária ao redor do mundo, uma iniciativa global promovida pelas Nações Unidas e que foi subscrita no ano 2000 pelos governos de mais de 180 países, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, propuseram como meta a redução da mortalidade abaixo de 5 anos em dois terços e a redução da taxa de mortalidade materna em três quartos até 2015³, assim, foram subsequentemente, chamados de ODM-4 e ODM-5.

No Brasil, as taxas de mortalidade materna e neonatal no ano de 2011 foram 64,8/100.000 nascidos vivos e 10,6/1.000 nascidos vivos⁴, respectivamente. Estima-se que a taxa de morbidade neonatal *near miss* teria sido quatro vezes maior, portanto em torno de 45/1.000 nascidos vivos¹. Os dois primeiros dias após o nascimento são responsáveis por mais de 50% de óbitos neonatais, ao passo que a primeira semana de vida é responsável por mais de 75% de todos os óbitos neonatais⁵, e, representam de 44% a 50% da mortalidade infantil⁶. Em números absolutos, a UNICEF⁷ estima que em 2016 2,6 milhões de crianças morreram no primeiro mês de vida, 1 milhão no primeiro dia e outro 1 milhão nos seis dias que se seguiram. Assim, o monitoramento de *near miss* neonatal pode ser considerado uma ferramenta para a prevenção da morbimortalidade, uma vez que identificar esses casos pode ser uma importante estratégia complementar e alternativa para reduzir a ocorrência de mortes nesta população e reduzir ainda mais a taxa de mortalidade infantil.

A redução da mortalidade infantil não ocorreu de maneira uniforme pelo mundo. Enquanto a média mundial foi de quase 50%, nos países em desenvolvimento e

subdesenvolvidos foi de 35%. Mais de 80% dos óbitos infantis estão concentrados em 25 países da África Subsaariana e do Sul da Ásia, regiões onde estão localizados muitos dos países mais pobres e com menor índice de desenvolvimento humano (IDH)⁸. Fatores como crises humanitárias, extrema pobreza e altas taxas de pessoas vivendo com HIV/AIDS interferem negativamente na saúde materno-infantil ao redor do mundo, também por isso, 29 países estagnaram a redução da mortalidade infantil e 14 reverteram a tendência de queda⁹.

Em países desenvolvidos, como nos Estados Unidos da América, é comum que exista diferenças regionais na taxa de mortalidade infantil, que no estado do Mississippi é o dobro do observado em Iowa com valores de 4,1 e 9,6/1.000 nascidos vivos, respectivamente, porém, não apenas em termos geográficos identificam-se diferenças, ainda dentro da mesma comunidade há disparidades étnico e sociais nos EUA¹⁰. Variações entre os estados de um mesmo país, ou mesmos entre municípios de um mesmo estado têm sido observadas¹¹. Existem variações regionais também no motivo causal da morte; incluindo cuidados médicos inadequados, poluição, causas externas e atenção à saúde materna e na assistência ao parto prematuro^{12, 13, 14}.

Em análise realizada por Schell et al (2007)¹⁵ que envolveu 152 países, divididos entre países de baixa, média e alta renda, foram analisadas as variáveis produto interno bruto *per capita*, desigualdade de renda, taxa de analfabetismo em mulheres jovens, investimento em saúde e taxa de pobreza. Schell et al demonstraram que as três primeiras variáveis foram responsáveis por 92% da taxa de mortalidade infantil, sendo a taxa de analfabetismos entre mulheres a que mais teve importância em países de baixa renda. A mesma observação se repetiu para os países de média renda, porém, em análise multivariada, o PIB *per capita* e a desigualdade de renda foram mais importantes que o analfabetismo entre mulheres jovens. A criação do Sistema Único de Saúde no ano de 1991, baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, fruto da intensa mobilização de vários setores da sociedade brasileira, foi fator preponderante para alcançar o ODM-4. No ano de 2002 a rede de atenção básica à saúde cobria cerca um terço da população brasileira, e, a cada 10% de cobertura a taxa de mortalidade infantil teve redução de 4,6%¹⁶.

A pesquisa Fatores de risco em *near miss* neonatal começou a ser implementada em agosto de 2014, e, finalizou sua execução em agosto de 2015 na capital do estado de Sergipe, Aracaju. Coletou-se informações sobre as condições de saúde pré-natal,

complicações do intraparto, pós-parto e fatores socioeconômicos que se relacionam a morbimortalidade neonatal. Preliminarmente, os resultados das correlações estatísticas multivariadas estão reunidos em teses de mestrados e aguardam publicação. Este artigo descreve questões metodológicas relacionadas ao estabelecimento e implementação da pesquisa e fornece as bases para os relatórios a serem publicados subsequentemente, como também pretende caracterizar as condições socioeconômicas da amostra de *near miss* neonatal em uma maternidade para gestantes consideradas de risco habitual.

MÉTODOS

A pesquisa consiste em um estudo transversal aninhado a um caso-controle. A pesquisa que gerou os dados aqui apresentados foi realizada nas duas maiores maternidades do estado de Sergipe, uma destinada as gestações de alto risco e a outra para as gestantes consideradas de risco habitual, ambas localizadas na cidade de Aracaju. O estudo teve duração de treze meses. O primeiro mês consistiu em um período de treinamento para o coletadores de dados e antecedeu a fase de prospecção, que durou um ano, e, foi realizada entre setembro de 2014 e agosto de 2015. Os resultados apresentados neste artigo referem-se aos *near miss* neonatal nascidos numa maternidade de risco habitual no período de 01 março de 2015 a 30 de setembro de 2015. A população estudada foi composta de recém-nascidos enquadrados nos critérios de *near miss* neonatal. As crianças foram acompanhadas durante o período neonatal precoce, que consiste nos primeiros 7 dias de vida, ou, até a alta hospitalar se a permanência foi menor que 7 dias.

SELEÇÃO DA AMOSTRA

Critérios de inclusão

Foram elegíveis os recém-nascidos de mulheres que tiveram seus partos nas maternidades onde foram realizados os estudos, e, se enquadrassem na condição caso. Apesar dos critérios para definição de NMN gerarem certa discordância na literatura científica, adotamos aqueles utilizados por Silva (2014)¹ e Pilleggi (2010)¹⁷. Os recém-nascidos deveriam apresentar pelo menos um dos seguintes critérios e sobreviverem além do sétimo dia de vida.

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

Crêterios de exclusão

Foram excluídas as pacientes que se recusaram a participar da pesquisa, aquelas residentes em outros estados, natimortos, os malformados, os gemelares, os recém-nascidos sem informa o sobre o status vital ao nascer ou na alta hospitalar.

INSTRUMENTO DA COLETA

Foram utilizados formulários que continham 130 questões divididas em dados de identifica o materna, dados do prontuário e entrevista. Na identifica o materna informa es sobre naturalidade, procedência, domicílio eram anotados. Os dados extraídos do prontuário e em entrevista versavam sobre período de internaa o, sexo, comprimento, peso, perímetro cefálico, valores de Apgar no primeiro e quinto minutos, idade gestacional definida por neonatologista. Se o recém-nascido apresentou intercorrência na sala de parto ou foi admitido em UTI também foram pesquisados o uso de ventila o mecânica em qualquer momento após o nascimento, uso de oxig nio suplementar após o nascimento, internaa o em unidade de terapia intensiva neonatal, uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas, intuba o na sala de parto, cateterismo umbilical, catéter central de inser o periférica, massagem cardíaca, uso de adrenalina, uso de surfactante, antibioticoterapia, hemotransfusão, nutri o parenteral. Através do formulário foram observadas informa es relativas   via de parto, às interven es obstétricas, como por exemplo, uso de misoprostol, ocitocina, amniotomia. Antecedentes obstétricos, escolaridade, situa o conjugal, vida sexual, uso de métodos contraceptivos, constaram no formulário. Dados acerca do pré-natal e das condi es socioeconômicas não deixaram de ser exploradas.

PROCEDIMENTO DE COLETA

A pesquisa contou com a colabora o de três orientadores de p s-gradua o da UFS, três alunas do mestrado da UFS e 20 alunos de gradua o em Medicina e em Enfermagem, que, diariamente, revezaram-se nas maternidades de Aracaju, para que fossem conferidos e analisados todos os prontuários, com o objetivo de identificar imediatamente um recém-nascido *near miss*.

A equipe de pesquisadores construiu uma escala diária e ininterrupta, na qual a coleta dos dados foi feita duas vezes por dia, nos turnos da manhã e da tarde, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Em cada turno, havia pelo menos dois alunos em cada maternidade e uma mestranda na supervisão da coleta. Uma rotina

de coleta de dados foi estabelecida para todos os integrantes da pesquisa, a fim de que todos soubessem exatamente como proceder.

Inicialmente, o pesquisador se dirigia à maternidade, em seu horário pré-estabelecido,

com o jaleco e o crachá de identificação. Buscavam o livro de registro de nascidos-vivos e o livro de ordens e ocorrências das maternidades, para, assim, anotar no livro de registros da pesquisa todos os nascidos-vivos que nasceram a partir do último recém-nascido (RN) que foi registrado no turno anterior. No livro, foram anotados os seguintes dados: nome da mãe, sexo, data do parto, peso, Apgar do primeiro e quinto minuto, idade gestacional pelo Capurro, se foi classificado ou não como *near miss* neonatal.

Após anotar no livro da pesquisa o nome das mães e o dia e horário do parto, contidos no livro de registro da maternidade, os prontuários dos RNs foram conferidos em todas as alas da enfermaria e no centro cirúrgico, com o objetivo de identificar os dados relativos à classificação de *near miss* neonatal.

Quando o RN foi classificado como *near miss* neonatal, foi preenchido o formulário da pesquisa, mediante análise de prontuário e entrevista com a mãe do RN. Foi acompanhada a evolução do caso de *near miss* neonatal por um período máximo de sete dias na UTIN ou na UI (Unidade Intermediária), ou, até a alta hospitalar ou ocorrência de óbito.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística descritiva por meio de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e variabilidade.

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

No período analisado, compreendido entre março de 2015 a setembro de 2015, ocorreram 6.067 partos de nascidos vivos na maternidade para gestantes de risco habitual,

onde se desenvolveu o estudo. Destes, 31 RN's foram classificados como *near miss neonatal*. Um recém-nascido foi excluído por não apresentar informações suficientes no formulário padronizado da pesquisa. Assim, o tamanho da amostra foi n=30. Foram analisadas as características maternas sociais, demográficas e econômicas dos 30 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.

Em relação a área de localização do domicílio materno, houve concentração na área urbana, correspondente a 78,79% das mulheres (n=25). No quesito raça/cor 86,67% (n=26) a maioria se enquadrou como parda. No quesito idade a média foi de 25,3 anos. As mães eram na sua maioria adultas jovens, 60%, enquanto as mães jovens, abaixo de 20 anos, eram 30%, e as com idade igual ou superior a 35 anos representaram apenas 10%. Ao avaliar a escolaridade, 50% tinham menos de 8 anos de estudo. O estado civil solteira representou 10% e casada/união estável 90%.

Com relação as características socioeconômicas maternas, 33,3% das mães estavam desempregadas e das 66,67% daquelas que estavam empregadas, apenas 20 % tinham carteira assinada. As mães que estavam no mercado informal eram 13,33% e 10% eram estudantes (Tabela 2).

Ainda na tabela 2, no item composição familiar, 26,60% das gestantes tinham menos que 3 pessoas morando na casa, enquanto 60,0% tinham entre 3 e 5 pessoas. No quesito renda familiar, 90% (n=27) das gestantes possuíam renda mensal familiar menor que 3 salários mínimos, sendo que em 76,6% dos casos participavam da composição da renda uma ou duas pessoas. Nesta amostra 40% eram assistidas pelo programa para pessoas de baixa renda do Governo Federal, o Bolsa Família.

No que se refere aos bens adquiridos, 100 % das gestantes tinha pelo menos uma televisão em casa. Com relação ao aparelho de rádio 63,3% possuíam ao menos um aparelho. A grande maioria não possuía qualquer tipo de automóvel (73,3%). O número de banheiros igual a em nas residências das gestantes representou 86,67%.

DISCUSSÃO

O estudo em questão conseguiu levantar dados interessantes acerca do perfil sociodemográfico materno. A faixa etária da maioria das gestantes, que se encontrou entre 20 e 34 anos, coincidiu com outros estudos realizados^{18,19}. 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)¹⁸ que não observaram 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)¹⁹ encontraram 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.

A escolaridade nesta análise não esteve associada com maior ou menor número de casos *near miss*, teve distribuição quase simétrica. Outros estudos não indicaram significância estatística entre a escolaridade, embora numericamente nesses mesmos estudos os casos de *near miss* neonatal foram maiores em gestantes com mais de oito anos completos^{1,19,20,21}. No entanto, Leal et al (2016)²² demonstrou que houve relação significativa entre escolaridade e prematuridade, incluído os prematuros extremos, abaixo de 32 semana. Estudos indicam também que a baixa escolaridade materna é associada fortemente com morbimortalidade infantil e neonatal^{15,16,18}.

Dos dados encontrados dentro do perfil socioeconômico, dentro dos aspectos relacionados à renda, que foi avaliada pelo exercício de atividade remunerada e renda familiar em salários mínimos; uma parte menor das mulheres não exerciam atividade remunerada (33,3%) e 90% declarou renda menor ou igual a três salários mínimos, incluindo 9% cujas famílias viviam com menos de um salário mínimo. Foi encontrado resultado divergente ao avaliado por Gonzaga et al (2011), no qual a maioria das puérperas estava desempregada (75,7%).

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^{1,18}. 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.

O estudo descreveu o perfil sociodemográfico e econômico materno presentes nos casos Near Miss Neonatal encontrados numa maternidade de risco habitual no município de Aracaju.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SILVA, Antônio Augusto Moura da et al . Morbidade neonatal near miss na pesquisa Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S182-S191, 2014 .
2. SILVA, Thaíse Castanho da et al. Morbidade materna grave identificada no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, no estado do Paraná, 2010. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 25(3):617-628, jul-set 2016.
3. http://files.unicef.org/publications/files/APR_2014_web_15Sept14.pdf. Acessado em 14 de janeiro de 2018.
4. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#mort>. Acessado em 13 de janeiro de 2018.
5. CARLO, Waldemar A.; TRAVERS, Colm P.. Maternal and neonatal mortality: time to act. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 92, n. 6, p.543-545, nov. 2016. Elsevier BV.
6. Adewuyi EO, Adama SJ, Adefemi K, Akintunde OA, Bulndi LB. Rural-urban differentials in the rates and factors associated with post-neonatal mortality in Nigeria: Evidence from the 2013 national household survey. *Pediatr Int*. 2017 jul; 59(6): 303-3011.
7. <https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/> acessado em 4 de janeiro de 2018.
8. 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.
9. WHO, The world health report: 2005: Make every mother and child count. Geneva: WHO, 2005.
10. KOTHARI, Catherine L. et al. Perinatal Periods of Risk Analysis: Disentangling Race and Socioeconomic Status to Inform a Black Infant Mortality Community Action Initiative. **Maternal And Child Health Journal**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.49-58, 27 out. 2017.
11. Xu, J., Murphy, S. L., Kochanek, K. D., & Bastian, B. A. (2016). Deaths: Final data for 2013. *National Vital Statistics Report*, 64(2), 3.

12. Lawn, J. E., WilczynskaKetende, K., & Cousens, S. N. (2006). Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *International Journal of Epidemiology*, 35, 706–718
13. Rosano, A., Botto, L. D., Botting, B., & Mastroiacovo, P. (2000). Infant mortality and congenital anomalies from 1950 to 1994: An international perspective. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54, 660–666.
14. Waller, A. E., Baker, S. P., & Szocka, A. (1989). Childhood injury deaths: National analysis and geographic variations. *American Journal of Public Health*, 79(3), 310–315.
15. SCHELL, Carl Otto et al. Socioeconomic determinants of infant mortality: A worldwide study of 152 low-, middle-, and high-income countries. *Scandinavian Journal Of Public Health*, [s.l.], v. 35, n. 3, p.288-297, maio 2007.
16. MACINKO, J.. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal Of Epidemiology & Community Health*, [s.l.], v. 60, n. 1, p.13-19, 1 jan. 2006. BMJ.
17. Pileggi C, Souza JP, Cecatti JG, Faúndes A. Neonatal near miss approach in the 2005 WHO Global Survey Brazil. *J Pediatr (Rio J.)* 2010; 86:21-6.
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. 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.
20. 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
21. 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.

22. Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reproductive Health*. 2016;13(Suppl 3):127.
23. 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 BAIXO risco, Aracaju/SE, março/2015 a setembro/ 2015.

Características maternas	<i>Near miss</i> neonatal	
	N	%
Idade		
<20	9	30
20 a 34	18	60
≥35	3	10
Cor		
Branco	2	6,6
Negro	2	6,6
Pardo	26	86,67
Situação Conjugal		
Casada/União estável	27	90
Solteira	3	10
Escolaridade		
< 8 anos	15	50
> ou = 8 anos	14	46,67
Prejudicado	1	3,33
Área		
Urbana	25	78,79
Rural	5	21,21
Total	30	100,0

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

Características socioeconômicas	<i>Near miss</i> neonatal	
	N	%
Situação de Trabalho		
Trabalha	20	66,67
Não trabalha	10	33,33
Ocupação		
Do lar	15	50
Empregado com carteira	6	20
Empregado sem carteira	2	6,67
Autônoma	2	6,67
Desempregado	2	6,67
Aposentado	0	0

Estudante	3	10
Número de pessoas em casa		
Menos que 3	8	26,67
De 3 a 6	18	60
Maior ou igual a 6	4	13,33
Renda		
Menor que 1 SM	9	30
Entre 1 e 3 SM	18	60
Maior ou igual a 3 SM	1	3,33
Prejudicado	2	6,67
Quantas pessoas contribuem		
1 ou 2	23	76,67
3 ou 4	5	16,67
Prejudicado	2	6,67
Tipo de auxílio		
Não recebem	13	43,3
Recebem	17	56,67
Bolsa Família	12	40
Bens ou Móveis		
Televisão		
Uma	21	70
Mais que uma	9	30
Rádio		
Nenhum	11	36,67
Um	18	60
Mais que um	1	3,33
Banheiro		
Um	26	86,67
Mais que um	4	13,33
Automóvel		
Nenhum	22	73,33
Um	6	20
Mais que um	2	6,67
Total	30	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)

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

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, Sítio, 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"/>					

25. Idade da paciente no parto:

DADOS DE PRONTUÁRIO

DADOS DA INTERNAÇÃO DA MÃE:

43. Capurro (semana e dias):

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	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
B. Muito baixo peso ao nascer (Peso <1500g)?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
C. Escore de Apgar aos 5 minutos de vida < 7 ?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

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	
<input type="checkbox"/>					

58. Hora do nascimento:

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

59. Nº de fetos (*número*):

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

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

H. Gaspings?	Sim	Não	
I. Choque?	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
J. Distúrbio da coagulação?	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
L. Acidente Vascular Cerebral?	Sim	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):

A. Uso contínuo de drogas vasoativas?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
B. Histerectomia após infecção ou hemorragia?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
C. Transfusão >= 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 >= 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? _____
(Especificar série e nível por extenso)

(NÃO PREENCHER)

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 fumou 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*)