

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

TALITA HELENA FERREIRA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA DA MORTALIDADE NEONATAL NO
MUNICÍPIO DE PARACATU-MG**

Paracatu

2018

TALITA HELENA FERREIRA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA DA MORTALIDADE NEONATAL NO MUNICÍPIO DE PARACATU-
MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II).

Orientador: Prof. Benedito de Souza Gonçalves Júnior

Co-orientador: Prof^a. Msc. Talitha Araújo Veloso Faria

Paracatu

2018

TALITA HELENA FERREIRA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA DA MORTALIDADE NEONATAL NO MUNICÍPIO DE PARACATU-
MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II).

Área de Concentração: Saúde pública.

Orientador: Prof. Benedito de Souza Gonçalves Júnior

Co-orientadora: Prof^a. Msc. Talitha Araújo Veloso Faria

Banca Examinadora:

Paracatu – MG, ____ de _____ de _____.

Prof. Benedito de Souza Gonçalves Júnior
Centro Universitário Atenas

Prof^a. Msc. Talitha Araújo Veloso Faria
Centro Universitário Atenas

Prof. Msc. Renato Philipe de Sousa
Centro Universitário Atenas

Dedico a minha mãe que sempre me deu seu amor e carinho. Ao meu esposo que esteve comigo me amparando em minhas decisões e segurando minha mão nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela minha existência e honra de estar aqui presente, podendo vivenciar esse mundo encantado, cheio de mistérios.

A minha mãe Rosa pelos ensinamentos aos quais pude me tornar uma pessoa melhor e ser o que sou hoje.

Ao meu esposo Dirlei que sempre esteve presente, lhe estendendo a mão e me amparando nos momentos difíceis da vida e alegrando os meus dias com seus cuidados e mostrando que na vida o estudo tem muita importância.

Aos meus amigos Grazielle de Araújo Afonseca e seus pais Nailde e Wilson Júnior pela força e carinho, sem vocês eu não estaria aqui hoje, vocês me mostraram o melhor caminho (os estudos).

Ao Prof. Benedito de Souza Gonçalves Júnior por compartilhar suas experiências e ensinamentos sendo a base do meu conhecimento e profissionalismo.

A Mestra Talitha Araújo pela inteligência, dedicação e carinho sempre se mostrando disposta a ajudar com um sorriso encantador, passando seu conhecimento de forma gratificante.

Aos professores pela dedicação e paciência, passando seus conhecimentos para que nos tornasse ótimos profissionais e pessoas humanas.

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.

Arthur Schopenhauer

RESUMO

A mortalidade neonatal compreende um período de 0 a 28 dias incompletos após o nascimento, sendo dividido em dois períodos: precoce de 0 a 7 dias e tardio após os 7 dias até 28 dias incompletos, nesse período o RN é muito frágil ficando susceptível a doenças e agravos decorrentes da gestação, de possíveis estilos de vida como tabagismo, alcoolismo, pré-natal mal realizado, assistência a gestante e ao RN após o parto dentre outros, levando em consideração também os fatores de saneamento básico, infraestrutura e renda per capita. De acordo com estudos realizados e dados coletados foram encontrados números relevantes para o Município de Paracatu-Mg, mesmo levando em consideração as causas inevitáveis de mortalidade neonatal, Paracatu ainda se mostra um dado elevado em relação ao Brasil, vários fatores podem ser desencadeantes desse número, como mencionado acima, estudos mostram que o grau de instrução da mãe interfere muito nesse contexto, além da idade da gestante e o número de consultas de pré-natal, além de outros fatores desencadeantes para tal problema. Nessa pesquisa foi possível representar em forma de quadros e gráficos a realidade de Regiões do Brasil e a capital de Minas Gerais (Belo Horizonte), sendo o foco principal o município de Paracatu-Mg, trazendo fatores importante para uma possível intervenção da Atenção Básica e Gestores de Saúde do Brasil.

Palavras-chaves: Mortalidade Neonatal. Neonato. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Neonatal mortality comprises a period from 0 to 28 incomplete days after birth, being divided into two periods: early from 0 to 7 days and late after 7 days to 28 days incomplete, in this period the Rn is very fragile becoming susceptible to diseases and pregnancies due to gestation, possible ways of life such as smoking, alcoholism, poorly performed prenatal care, assistance to pregnant women and newborns after childbirth, among others, also taking into account factors of basic sanitation, infrastructure and per capita income. According to studies carried out and data collected, significant numbers were found for the Municipality of Paracatu-Mg, even taking into account the inevitable causes of neonatal mortality, Paracatu still shows a high number in relation to Brazil, several factors can be triggering this number, as mentioned above, studies show that the degree of mother's education interferes a lot in this context, beyond the age of the pregnant woman and the number of prenatal consultations, in addition to other factors that trigger this problem. In this research, it was possible to represent the reality of Regions of Brazil and the capital of Minas Gerais (Belo Horizonte) in charts and graphs, being the main focus the municipality of Paracatu-Mg, bringing important factors to a possible intervention of Basic Attention and Health Managers of Brazil

Keywords: Neonatal Mortality. Neonate. Nursing care.

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1:** Representação do índice de mortalidade de 2005 a 2015 no Município de Paracatu- MG. **26**
- GRÁFICO 2:** Representação da quantidade de óbitos neonatais precoce em cada região de 2005 a 2015. **27**
- GRÁFICO 3:** Representação da quantidade de óbitos neonatais tardio em cada região de 2005 a 2015. **28**
- GRÁFICO 4:** Representação do número de óbitos neonatal precoce em Paracatu, Belo Horizonte e Brasil, nos anos de 2005 a 2015. **32**
- GRÁFICO 5:** Representação do número de óbitos neonatal tardio em Paracatu, Belo Horizonte e Brasil, nos anos de 2005 a 2015. **32**

LISTA DE TABELAS

QUADRO 1 – Representação da quantidade de óbitos a cada ano, desde 2005 até 2015 no município de Paracatu-MG. **25**

QUADRO 2 – Representação do número de Natalidade e Mortalidade Neonatal no Brasil, Belo Horizonte e Paracatu entre os anos de 2005 a 2015. **30**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
MG	Minas Gerais
RN	Recém-nascido
SAR	Doença da membrana hialina
BCG-ID	Bacilo Calmette-Guérin
ACS	Agente Comunitário de Saúde
G	Gramas
NV	Nascidos vivos
MN	Mortalidade neonatal
APGAR	Aparência Pulso Gesticulação Atividade Respiração
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMA	13
1.2 HIPÓTESE	13
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 OBJETIVO GERAL	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.4 JUSTIFICATIVA	14
1.5 METODOLOGIA	14
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	16
2 PRINCIPAIS MORBIDADES EM NEONATOS QUE EVOLUEM PARA O ÓBITO	17
3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM A NEONATOS	21
4 PREVALÊNCIA DA MORTALIDADE NEONATAL: apresentação dos dados	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O período neonatal compreende as quatro primeiras semanas de vida, sendo estas determinadas de 0 a 28 dias incompletos. Denomina-se período neonatal precoce a primeira semana completa ou os sete primeiros dias de vida, e período neonatal tardio, as três semanas seguintes ou seja após os 7 dias até os 28 dias incompletos (BRASIL, 2011).

Durante o período neonatal o sistema imunológico do Recém-nascido ainda não está formado, apresenta limitações nas respostas contra patógenos invasivos, ficando mais vulnerável a infecções, visto que quanto menor for o tempo de gestação, menor será a imunidade do RN, sendo assim RN menores que 28 semanas classificados como prematuros extremos apresentam de 5 a 10 vezes mais chances de ter infecções. RN com baixo peso são aproximadamente 50% mais propensos a ter sérios problemas de desenvolvimento, além de ter um grande risco para mortalidade e morbidade neonatal (DINIZ *et al.*, 2014). Os países têm seu nível de saúde classificado, também, a partir da mortalidade infantil. No Brasil entre os anos de 1980 e 2008 a taxa de mortalidade infantil teve um decréscimo, em 1980 a taxa de mortalidade infantil era de 78,5 óbitos por mil nascidos vivos, em 2008 esse número caiu para 19,1 óbitos por mil nascidos vivos (GARCIA e SANTANA, 2011).

A assistência qualificada é o principal instrumento do setor saúde para reduzir os índices e a mortalidade infantil, sendo a monitoração da qualidade da assistência realizada através da avaliação cotidiana e institucionalizada do processo de trabalho e dos resultados obtidos, é a forma de se conseguir índices mais satisfatórios e compatíveis com o grau de desenvolvimento do país (REGO e ANCHIETA, 2005).

A assistência perinatal deve ser estruturada em rede com integração dos cuidados obstétricos e neonatais, ambulatoriais e hospitalares, com definição de critérios de responsabilidade técnica e administrativa, a fim de evitar as distorções de qualidade da assistência perinatal que elevam as taxas de mortalidade e a ocorrência de sequelas nos RNs que sobrevivem, incluindo sequelas neuro-psico-motoras, distúrbios de aprendizagem, cegueira, surdez, deficiências de crescimento, distúrbios respiratórios crônicos, negligências e maus-tratos (REGO e ANCHIETA, 2005).

É possível afirmar também que, a assistência ao RN é de fundamental importância tendo por finalidade melhorar sua adaptação no meio extrauterino, cerca

de 90% dos nascimentos ocorrem tranquilamente, sendo 10% podendo apresentar alguma dificuldade ou necessidade de ajuda. A avaliação do APGAR no 1º e 5º minuto de vida favorece a realização de um diagnóstico precoce do estado de vida do RN (LEAL e SZWARCOWALD, 1997).

1.1 PROBLEMA

Qual o perfil epidemiológico da prevalência da mortalidade neonatal na cidade de Paracatu-MG, nos anos de 2005 a 2015?

1.2 HIPÓTESE

Provavelmente fatores genéticos como malformações congênitas contribuam para o aumento da mortalidade neonatal uma vez que são consideradas causas inevitáveis, já nas causas evitáveis que também contribuem para a mortalidade é a prematuridade, asfixia intraparto e infecções perinatais dentre outras que também são fatores de risco e deixam os RNs mais vulneráveis.

Provavelmente a falta de atenção adequada às gestantes durante o pré-natal e aos RNs no intraparto e pós-parto, a falta de assistência e um acompanhamento minucioso durante todas essas etapas, possam gerar malefícios causando assim a morte neonatal.

Possivelmente fatores biológicos, sociais e culturais, bem como a vida financeira e o histórico familiar da gestante possam ser fatores desencadeantes e fatores de risco não só para o neonato como também morte materna. A falta de serviço especializado como a UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), também pode ser um fator para tal situação.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil epidemiológico da prevalência da mortalidade neonatal na cidade de Paracatu-MG, nos anos de 2005 a 2015.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) descrever a fisiopatologia das doenças que levam a mortalidade neonatal;
- b) identificar ações de enfermagem que garantam atendimento integral ao RN;
- c) coletar e tabular os dados estatísticos da mortalidade neonatal em Paracatu, analisando a evolução dos casos de óbitos neonatal nos últimos dez anos sua progressão ou regressão.

1.4 JUSTIFICATIVA

A mortalidade e a morbidade são eventos que expressam de forma negativa o estado de saúde de uma população. Devemos analisar os índices de mortalidade por meio da associação: “de quem morre e sobre as causas dessas mortes”. A mortalidade neonatal e a mortalidade infantil tardia constituem subitens da mortalidade infantil sendo esta importante, pois é um indicador das condições de saúde e da qualidade de vida da população (PALMEIRA, 2000).

Pode-se dizer que este trabalho contribuirá para apresentar um “retrato” dos índices de mortalidade neonatal no município de Paracatu, possibilitando analisar mediante comparativo com dados nacionais e estaduais e apontando assim a necessidade ou não de adotar medidas corretivas e preventivas nos níveis primários, secundários e terciários de atenção à saúde.

1.4 METODOLOGIA

O estudo é do tipo ecológico observacional que segundo Sucigan [s.d] “pretendem avaliar se existe associação entre um determinado fator e um desfecho sem, entretanto, intervir diretamente na relação analisada”, com dados secundários.

Os dados foram coletados nas bases de dados nacionais, do Ministério da Saúde, o DATASUS; Scielo; Secretaria de Estado da Saúde, Belo Horizonte; Revista Eletrônica de Enfermagem, Paraíba; Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro; Redebh; Revista Médica de Minas Gerais e Acervo da Faculdade Atenas. A coleta de

dados e tabulação se deu nos meses de Janeiro e Fevereiro. O estudo foi desenhado dentro do tempo retrospectivo, entre os anos de 2005 a 2015.

As informações que foram coletadas foram: o número de nativos, número de óbitos em neonatos por residência e as causas.

A opção por residência é porque as notificações são feitas com as ocorrências locais apenas e não inclui óbitos de não residentes no município, mas que ocorreram aqui.

As coletas se procederam durante os meses de Janeiro e Fevereiro, do ano de 2018. Os dados analisados foram usados para a confecção de gráficos e quadros, a fim de melhor demonstrá-los.

Cálculo usado para representar o índice de óbitos em neonatos, usando a mesma variável para todos.

Nº óbitos até 27 dias x 100

Nascidos vivos

$$\text{Brasil: } \frac{319.501 \times 100}{32.269.532} = \frac{31.950.100}{32.269.532} = 0,99\%$$

$$\text{Belo Horizonte: } \frac{2.662 \times 100}{345.710} = \frac{266.200}{345.710} = 0,77\%$$

$$\text{Paracatu: } \frac{132 \times 100}{13.991} = \frac{13.200}{13.991} = 0,94\%$$

Foi comparado ao Brasil por representar um dado a nível Nacional e Belo Horizonte por ser a Capital de Minas Gerais e a cidade da região do Sudeste que mais se destaca no número de óbitos neonatais, sendo Paracatu também situado na mesma região.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho apresenta cinco capítulos, sendo o primeiro capítulo a exposição do tema, dos objetivos geral e específicos bem como a metodologia utilizada.

O capítulo dois apresenta as patologias das principais doenças que levam a Mortalidade neonatal.

O capítulo três demonstra o papel da enfermagem frente aos cuidados com o RN.

O quarto capítulo contempla a análise dos dados epidemiológicos da cidade de Paracatu-MG nos anos de estudo, que compreende o ano de 2005 a 2015.

O quinto capítulo conta com as considerações finais do trabalho e as referências.

2 PRINCIPAIS MORBIDADES EM NEONATOS QUE EVOLUEM PARA O ÓBITO

O período neonatal compreende as quatro primeiras semanas de vida, ou seja, de 0 a 28 dias incompletos. Dividido em dois períodos: neonatal precoce que é a primeira semana completa ou os sete primeiros dias de vida, e período neonatal tardio, as três semanas seguintes ou seja após os 7 dias até os 28 dias incompletos (BRASIL, 2011).

A mortalidade neonatal está ligada a fatores biológicos, assistência no pré-natal, a gestação e ao RN. Existe um conjunto de ações para evitar complicações, deve haver uma atenção desde o início da gestação até o 27^a dia após o nascimento para evitar a mortalidade neonatal (RIBEIRO e SILVA, 2000).

As informações sobre a gestante devem ser registradas no prontuário, para que na hora do parto e após possa dar continuidade num atendimento de qualidade, tanto no alojamento conjunto ou na unidade neonatal de risco. É de fundamental importância saber das condições clínicas da gestante, pois acometem diretamente o feto (REGO e ANCHIETA, 2005).

Os fatores mais comuns da mortalidade neonatal são: malformações congênitas, deformações e anomalias cromossômicas; distúrbios relacionados com a gestação curta e baixo peso ao nascimento; RN acometido por complicações maternas da gravidez; RN acometido por complicações da placenta, cordão umbilical e membranas; angústia respiratória do RN; acidentes (lesões não intencionais); sepse bacteriana do RN; hipóxia intrauterina e asfixia ao nascimento; doenças do sistema circulatório (KUMAR et al., 2008).

Em todo o mundo, pelo menos 1 em 50 neonatos tem uma anomalia congênita importante, 1 em 100 tem uma anomalia monogênica, e 1 em 200 tem uma anomalia cromossômica importante, cerca de 6% pode ser atribuído a fatores uterinos, desequilíbrios metabólicos ou infecções durante a gravidez, danos ambientais, incluindo exposição a drogas, substâncias químicas e radiação. A maior parte das condições restantes está relacionada a defeitos genéticos, sejam características hereditárias ou mutações espontâneas, tem também uma menor quantidade a anomalias cromossômicas (RUBIN et al., 2006).

Fetos espontaneamente abortados no início da gestação indicam que até 50% apresentam anomalias cromossômicas e apenas um pequeno número de crianças com anomalias citogenéticas nasce com vida. Uma das anomalias mais

comuns que podem ocorrer é a trissomia do cromossomo 21 (Síndrome de Down), é a causa mais isolada de retardo mental, dois terços são abortados espontaneamente ou morrem no útero, restando apenas um terço desses, com tudo eles tem uma expectativa de vida bem reduzida de 55 anos, apresentam defeitos cardíacos, distúrbios neurológicos, distúrbios hematológicos dentre outros (RUBIN et al., 2006).

A trissomia 21 pode estar relacionada à idade materna, por volta de até os 35 anos o risco de ter um filho com Síndrome de Down é bem menor, para 1 a cada 1.000 nativos, acima dos 45 anos de idade esse risco aumenta muito, para 1 a cada 30 nativos, isso ainda é pouco compreendido, acredita-se também que está relacionado ao envelhecimento dos ovócitos ou uma habilidade prejudicada pela idade do ambiente uterino em rejeitar um concepto trissômico (RUBIN et al., 2006).

A prematuridade é a segunda causa mais comum de mortalidade neonatal (menor apenas que as anomalias congênitas), definida por uma gestação de 37 semanas, nesse caso os lactentes pesam < 2.500g. Os principais fatores de risco que levam a prematuridade são: rompimento prematuro das membranas; infecção intrauterina levando a uma inflamação das membranas placentárias; anomalias estruturais do útero, colo uterino e placenta; e gestação múltipla. Mesmo com o peso < 2.500g, os lactentes estão compatíveis com a idade gestacional e devido esse tempo de gestação esses neonatos são poucos desenvolvidos (KUMAR et al., 2008).

É de suma importância um acompanhamento durante o pré-natal, a frequência e qualidade são fatores que interferem no crescimento fetal e na duração da gestação, evitando um parto prematuro ou de muito baixo peso o que pode levar a um óbito neonatal (ASSIS et al., 2008).

A imaturidade dos sistemas orgânicos nos lactentes prematuros torna os mesmos vulneráveis, levando a algumas complicações: doença da membrana hialina (síndrome da angústia respiratória); enterocolite necrosante; hemorragia da matriz intraventricular e germinal (KUMAR et al., 2008).

Existem algumas causas que levam a angústia respiratória no RN: sedação excessiva da mãe; lesão craniana fetal durante o parto; aspiração de sangue ou líquido amniótico e hipóxia intrauterina ocasionada por enrolamento do cordão umbilical no pescoço, a mais comum é a síndrome da angustia respiratória SAR (doença da membrana hialina), que é a incapacidade do pulmão imaturo de sintetizar surfactante suficiente. Esse surfactante é sintetizado e na primeira respiração do RN sadio ele reveste a superfície dos alvéolos, reduzindo a pressão necessária para

manter os alvéolos abertos. Em um pulmão com deficiência de surfactante é necessário um esforço muito maior para abrir os alvéolos, sendo que eles tendem a entrar em colapso. A SAR ocorre em lactentes prematuros, outro fator que influencia é mãe diabética, parto cesáreo antes do tempo de trabalho de parto e gestação múltipla (KUMAR et al., 2008).

São diversas as causas que podem levar a mortalidade perinatal ou neonatal, dentre elas está também a idade da gestante > 40 anos ou < que 16 anos, usuária de álcool e drogas ilícitas, fumo, gestante diabética, infecção no trato urinário, síndromes hipertensivas, parto prematuro, parto pós-termo, trabalho de parto prolongado, entre outros. Dentre os principais se destaca a hipóxico-isquêmico. O processo hipóxico-isquêmico cerebral no feto e RN é a maior causa de mortalidade perinatal e sequelas irreversíveis nos sobreviventes, neonatais. É o resultado de uma redução da oferta de O₂ levando a uma complicação das funções vitais sendo vários os fatores que pode levar a esse problema como: parada do fluxo sanguíneo umbilical, insuficiência de trocas gasosas pela placenta, perfusão placentária ineficaz, insuficiência de insuflação pulmonar ao nascimento e condições fetais e/ou neonatais comprometidas (REGO e ANCHIETA, 2005).

Quando há uma hipoxemia o organismo faz uma redistribuição do fluxo sanguíneo para evitar a falência de alguns órgãos essenciais como o coração, glândulas adrenais e sistema nervoso central, fazendo com que esses órgãos funcionem mesmo com dificuldade evitando com que eles parem completamente de funcionar, caso essa hipóxia permaneça por um tempo considerável, começa então as complicações: surgindo então a apneia secundária fazendo com que pare as atividades respiratórias, o débito cardíaco diminua e leva a falência do miocárdio levando a uma isquemia cerebral (REGO e ANCHIETA, 2005).

Tem diversos fatores que levam a síndrome hipóxico isquêmica que pode ocorrer durante a gestação, parto, nascimento ou pós-nascimento. Durante a gestação pode ser por: doenças crônicas maternas, diabetes, anemia crônica, gestação múltipla, infecções, entre outros. Já no parto pode ser: prolapso de cordão umbilical, placenta prévia, líquido meconial e outros agravos a saúde e desenvolvimento do feto. No nascimento ou pós parto são eles: prematuridade, hipertensão pulmonar, sepse, choque de qualquer etiologia, além de outros danos ao neonato. Quando o oxigênio diminui nos tecidos, aumenta o metabolismo anaeróbico com conseqüente lesão celular difusa, as manifestações clínicas mais comuns são:

alterações renais, cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinais, hematológicas e distúrbios metabólicos (REGO e ANCHIETA, 2005).

3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM A NEONATOS

As políticas públicas de atenção à saúde visa se há má prevenção da mortalidade neonatal juntamente a proteção e promoção do cuidado, ofertando para a mãe e o neonato através de programas, projetos, pactos e ações; atenção qualificada durante o pré-natal, ações no puerpério como contato mãe-bebê, alojamento conjunto, identificar o RN de risco, realização de visita domiciliar e triagem, orientar e incentivar a mãe quanto à importância do aleitamento materno ensinando a técnica correta de amamentação, fazer a puericultura acompanhando o crescimento e desenvolvimento, mantendo o cartão de vacina em dia promovendo a imunização. Muitas dessas ações não são realizadas, dificultando assim um acompanhamento de qualidade ao RN (PINHEIRO et al., 2016).

Os profissionais devem estar sempre bem preparados para a chegada do RN, devendo fazer uma anamnese completa e detalhada, assim será possível identificar alguns fatores de risco que possam vir a ocorrer durante o parto. Deve-se checar todo o equipamento necessário para a reanimação como: material para aquecimento, aspiração, ventilação, intubação, medicação e fluidos. A equipe deve conter pelo menos uma pessoa para iniciar a reanimação (REGO e ANCHIETA, 2005).

Durante o nascimento o RN pode contrair a conjuntivite neonatal, através do contato com secreções genitais maternas contaminadas, sendo incomum essa contaminação por parto cesariana. É definida como uma conjuntivite purulenta ou também chamada oftalmia neonatal no RN nas primeiras quatro semanas de vida. Dos agentes causadores da conjuntivite neonatal está a bactéria por *Chlamydia trachomatis* que infecta cerca de 50% dos bebês nascidos por via vaginal de mães infectadas. O tratamento é feito pelo método de crede, onde se aplica uma gota da solução aquosa de nitrato de prata 1%, após a limpeza dos olhos. Essa conjuntivite neonatal pode causar lesão na córnea e cegueira. O nitrato de prata é utilizado como antisséptico e adstringente, seu poder germicida deve-se à combinação do íon prata com certos grupamentos das proteínas dos micro-organismos, levando à sua desnaturação, com a consequente ruptura e morte do germe (PASSOS e AGOSTINI, 2011).

Dentro da equipe em uma unidade neonatal, a enfermagem tem se responsabilizado pelo cuidado contínuo com os RNs pela orientação dos pais em

relação aos cuidados com RN, também tem assumido a gerência da unidade de internação e controle do ambiente (NEUMANN, 1994).

Logo após o nascimento é feito uma avaliação no RN, para identificar fatores de risco ou se ele está bem, faz se então o apgar no 1° e 5° minuto de vida. A assistência integral ao RN começa na sala de parto, onde tem toda uma preparação da equipe para receber o RN, tem também o alojamento conjunto onde a mãe pode ficar junto ao RN 24 horas por dia até a alta hospitalar dando a ele um suporte de mãe-filho e criando o vínculo entre eles, que é de extrema importância para a vida do mesmo, nesse alojamento a equipe de Enfermagem já deve estar preparada para dar suporte e orientar a mãe quanto à importância do aleitamento materno que além de evitar muitas doenças ainda é uma forma de se criar o vínculo entre mãe-filho, em casos mais específicos quando o RN é prematuro é encaminhado para Unidade Neonatal de Risco (REGO e ANCHIETA, 2005).

Quando o bebê nasce com algum risco à saúde devendo ser encaminhado para UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), gera uma grande preocupação aos pais, pois eles ficam aflitos à espera do filho, essa situação leva principalmente a mãe a ficar nervosa e ansiosa. Toda família fica a espera de um bebe saudável e bem, quando são surpreendidos pela internação do RN, causando uma angustia desesperadora. Os cuidados com esse RN não depende só do médico e enfermeiro, depende também dos cuidados dos pais, por isso é importante relatar o real problema com seu filho para que ele entenda a importância de sua internação com tantos aparelhos e fios e o tempo desse tratamento (REICHERT et al., 2007).

Toda a equipe, em especial o enfermeiro deve acolher os pais transmitindo confiança, e segurança, confortar os pais ajuda no tratamento do RN. Quando o enfermeiro presta um acolhimento adequado tranquiliza os pais, assim eles conseguem transmitir também essa tranquilidade e segurança para o seu bebê. Um ambiente que é tão familiar para os profissionais da saúde, é também um ambiente assustador para os familiares, ao mesmo tempo em que lhe traz esperança traz também medo, esperança por saber que tem tanta tecnologia para a recuperação de seu bebê e medo por saber da gravidade que se encontra o mesmo. A enfermagem deve sempre estar presente dando apoio interagindo diariamente com o RN e os pais, levando em consideração as crenças e valores da família, sendo de extrema importância para o crescimento e desenvolvimento de uma criança saudável (REICHERT et al., 2007).

A enfermagem tem um papel muito importante, devendo suas ações a conhecimentos científicos, mas não deixando de lado a relação psicoafetivas do bebê e de seus familiares cabe ao enfermeiro organizar o ambiente e planejar os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades individual e progressão de cada criança, realizando uma assistência integral e humanizada (REICHERT et al., 2007).

O contato físico da mãe e do bebê ainda na sala de parto tem uma relevância muito grande, onde começa o vínculo de mãe e filho induzindo ao aleitamento materno, quando se trata de um bebê de baixo risco deve se evitar procedimentos desnecessários, que possa vim a atrapalhar o aleitamento materno, é preconizado para a sala de parto um ambiente tranquilo, menos frio, uma luz difusa e contanto corporal imediato da mãe com o RN, colocando-o em seu ventre, somente após alguns minutos corta o cordão umbilical (CRUZ et al., 2007).

Os cuidados feitos ao RN logo após o parto são essenciais para evitar a morbimortalidade neonatal, a mudança do meio intra para o extrauterino é desconfortável para o bebê, sendo que no meio intra ele não necessita de esforço para suas funções vitais, tem temperatura ideal sendo um ambiente adequado para o seu aconchego, no extra-uterino ele passa a viver de forma que o obriga a realizar suas funções vitais sozinho, um lugar com mais barulho, lugar onde ele não está acostumado a viver ocorrendo uma adaptação lenta de acordo com suas necessidades (CRUZ et al., 2007).

No alojamento conjunto, além da mãe receber todas as orientações importantes em relação ao cuidado com o RN, de como dar banho, amamentar, cuidar do umbigo fazendo a higienização correta, além disso, o neonato recebe as doses das vacinas BCG-ID e da Hepatite B, tendo que ser administrada dentro das 12 horas após o nascimento, combatendo a morbidade infantil (PINHEIRO et al., 2016).

Nos programas e diretrizes políticas, direcionados a saúde da criança, a taxa de mortalidade infantil tem uma grande relevância, a redução desse fator é muito importante para o desenvolvimento social e econômico do país. O período neonatal tem sido tratado como prioridade nas diretrizes políticas, com enfoque nos cuidados; amamentação, imunizações, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, prevenção de acidentes, nutrição e gestão de doenças. O atendimento ao RN deve acontecer na primeira semana de vida, onde o primeiro contato é em sua residência, nesse caso essa visita é feita pelo ACS (Agente Comunitário de Saúde), que faz uma avaliação vendo a necessidade desse RN e agenda uma consulta com o Enfermeiro

da unidade para uma visita mais precisa, mas também pode ocorrer por livre demanda, que é quando a família já leva esse RN a unidade evitando assim a deslocação do Enfermeiro até a sua residência (SLOMP et al., 2007).

O enfoque dessa consulta é a puericultura realizada pela Enfermeira(o), analisando o crescimento e desenvolvimento do RN, peso, temperatura se necessário, amamentação, condições clínicas, e avalia a vacinação como BCG e Hepatite B e assim agendamento de retorno. Na visita domiciliar a família é orientada quanto aos cuidados básicos com o bebê, observar a saúde materna, verificar o cartão da criança e relatório de alta da maternidade, identificar RN de risco ao nascimento, orientar e realizar o teste de pezinho, sempre deixar a mãe a vontade para fazer suas perguntas e procurar solucionar suas dúvidas e queixas (SLOMP et al., 2007).

4 PREVALÊNCIA DA MORTALIDADE NEONATAL: apresentação dos dados

O presente capítulo tem por objetivo apresentar os resultados coletados por meio do DataSus.

Na tabela 1 é demonstrado as diversas causas de mortalidade neonatal, provando a inexistência de uma única causa. Os transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal e o restante de algumas afecções originadas no período neonatal, foram as causas que mais levaram ao óbito neonatal em Paracatu-MG.

QUADRO 1 - Representação da quantidade de óbitos a cada ano, desde 2005 até 2015 no município de Paracatu-MG.

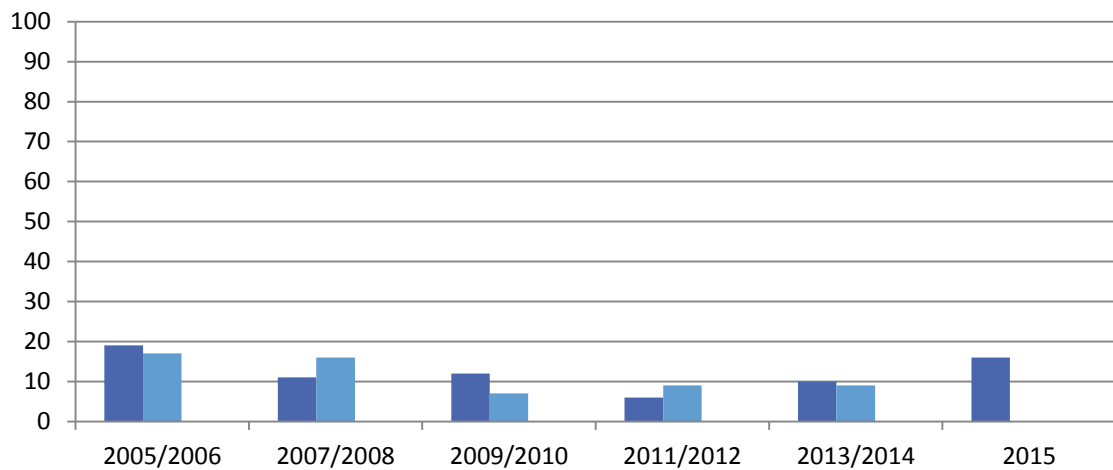
Causas	Ano										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
0 a 27 dias											
Transtornos relacionados com a duração da gestação e o crescimento fetal	3	4	1	2	2	1		1		1	
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	8	5	3	2	3	3	2	3	5	3	5
Restante de algumas afecções originadas no período perinatal	4	4	1	4	2	2	2	1	5	5	4
Restante de malformações congênicas, deformidades e anomalias Cromossômicas	1		2		1			1			3
Restante de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte		2	1	2							
Malformações congênicas do sistema nervoso			1	1			1	1			
Feto e RN afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	2		2	4	2			1			2
Acidentes de transporte					1						
Agressões					1						
Traumatismo de parto	1										
Malformações congênicas do aparelho circulatório		1		1		1	1	1			2
Meningite		1									
Subtotal	19	17	11	16	12	7	6	9	10	9	16
Total	132										

Fonte: dados obtidos no site DATASUS, 2018, criado pelo autor.

Essas causas são originadas do período perinatal. Esse período começa em 22 semanas completas (154 dias) de gestação (época em que o peso de nascimento é normalmente de 500 g), e termina com sete dias completos após o nascimento (Datasus). Necessitando, portanto, de novas pesquisas para associar os motivos da incidência e letalidade dessas patologias nesse público alvo específico.

Pode-se observar, no gráfico 1, o ano que mais se destacou foi em 2005, onde o número de óbitos neonatais no município de Paracatu-MG, foi bem elevado, sendo o ano seguinte também com um número significativo ficando pouco abaixo deste.

GRÁFICO 1 - Representação do índice de mortalidade de 2005 a 2015 no município de Paracatu- MG.



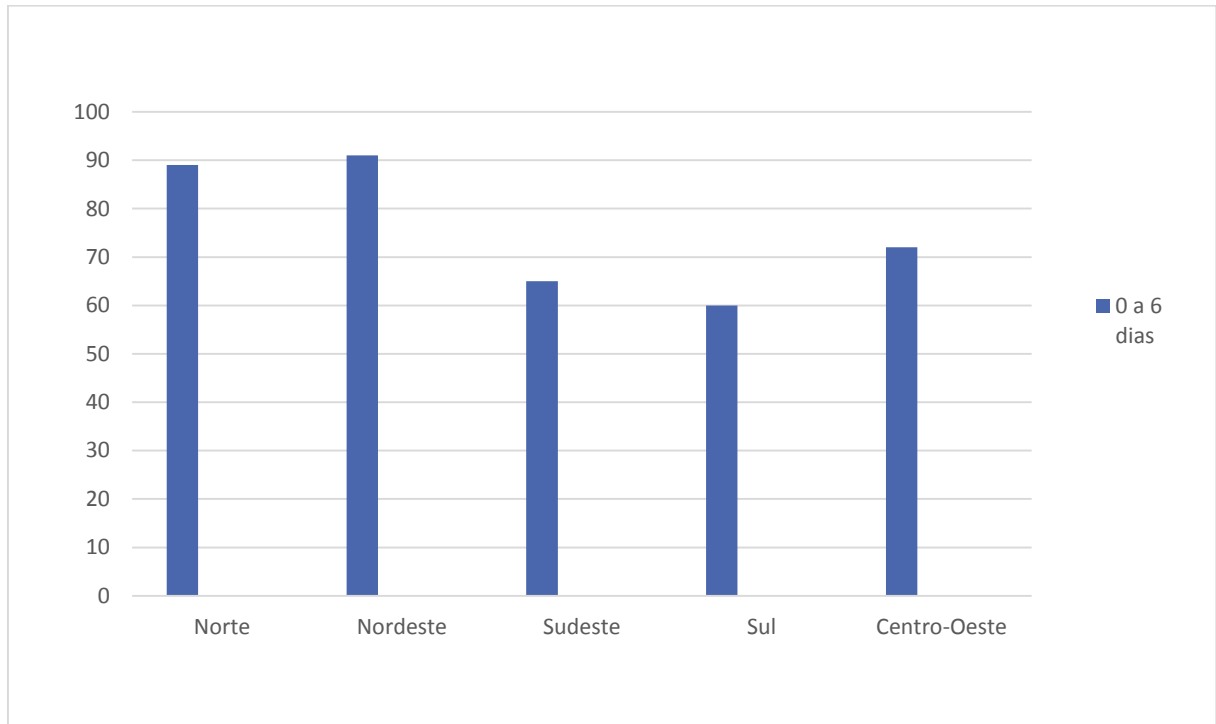
Fonte: Próprio autor, com dados obtidos no site DATASUS (2018), criado pelo autor.

No decorrer desses anos esse número teve um decréscimo, 2010 e 2011 foi o ano que menos teve óbitos neonatais, mas esse número possuiu uma nova crescente retomando um aumento significativo no ano de 2015, igualando ao número de óbitos do ano de 2008. A taxa de mortalidade infantil reflete o status da saúde e desenvolvimento socioeconômico da população, além da eficácia das políticas públicas para áreas de saúde, educação, saneamento, bem como geração e distribuição de renda (SOUSA e FILHO, 2008). Deixo aqui nessa pesquisa a sugestão para uma nova investigação acurada quanto a está oscilação significativa representada no gráfico acima, para se definir as causas e buscar estratégias eficazes.

De acordo com cada região pode haver um agravo distinto do outro, levando a um número representado de forma desigual, os gráficos a seguir estão

apresentados com resultados das taxas que foram calculadas usando a constante 100, como mostra o gráfico 2.

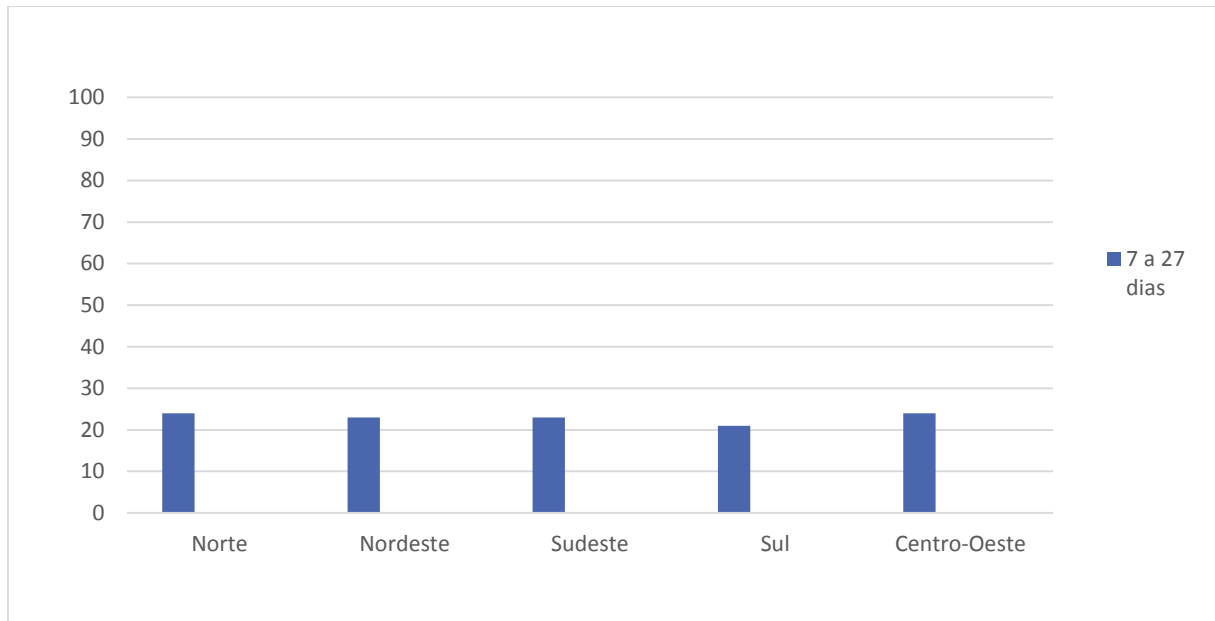
GRÁFICO 2: Representação da quantidade de óbitos neonatais precoce em cada região de 2005 a 2015.



Fonte: Próprio autor, com dados obtidos no site DATASUS (2018).

De acordo com taxa de mortalidade neonatal precoce a região mais afetada foi a Nordeste com 0,91%, Norte com 0,89%, Centro-Oeste com 0,72%, Sudeste com 0,65% e por fim Sul com 0,60% (Gráfico 3).

GRÁFICO 3: Representação da quantidade de óbitos neonatais tardio em cada região de 2005 a 2015.



Fonte: Próprio autor, com dados obtidos no site DATASUS (2018).

De acordo com a taxa de mortalidade neonatal tardia as regiões mais afetadas foram Norte e Centro-Oeste com 0,24%, em seguida as regiões Nordeste e Sudeste com 0,23% e por fim a região Sul com 0,21%.

No Brasil entre os anos de 2005 a 2015 houve 319.501 (mil) de óbitos neonatais e 32.269.532 (milhões) de nascidos vivos divididos entre as regiões. A Região que mais se destaca no número de óbitos e nascidos vivos é a Região Sudeste com um registro de 112.05 (mil) óbitos e 12.630.671 (milhões) de nascidos vivos, ficando bem próximo da Região Nordeste com 109.289 (mil) óbitos e 9.469.960 (milhões) nascidos vivos, em seguida a região Norte no número de óbitos 39.532 (mil) ficando atrás da região sul no número de nascidos vivos com 3.461.308 (milhões), assim a região Sul com 34.345 (mil) óbitos e 4.191.512 (milhões) nascidos vivos e por último com um número bem reduzido tanto no número de óbitos quanto de nascidos vivos a região Centro Oeste com 24.285 (mil) óbitos e 2.516.081 (milhões) nascidos vivos.

Na região Sudeste o município que se destaca no número de óbitos é Belo Horizonte apresentando 2.662 (dois mil seiscientos e sessenta e dois), ficando a região de Paracatu bem distante desse número com 193 (cento e noventa e três), óbitos neonatais. Em Belo Horizonte nesse mesmo período teve 345.710 mil nascidos vivos

enquanto que Paracatu teve 13.991 mil nascidos vivos, como apresentado, a proporção desses dados se mostra relativamente com uma diferença significativa.

Pode ser observado que o número de óbitos no período neonatal precoce é bem mais elevado em relação ao período neonatal tardio, sendo que na região Sudeste esse número é maior tanto em neonatos precoce quanto tardio.

Um estudo feito no Distrito Sanitário Liberdade, Salvador, Bahia na região do Nordeste mostrou que os determinantes socioeconômicos influenciam muito na mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias), um dos fatores que mais predispõe é o grau de instrução da mãe do bebê, quanto menor for os anos de estudo maior são as chances de haver a mortalidade neonatal precoce, isso mostra que as gestantes com menos estudos devem receber uma atenção ainda maior nos serviços de saúde (SOARES e MENEZES, 2010). Outro estudo mostrou que o saneamento básico, educação e renda familiar influência muito nesse número (SOUSA e FILHO, 2008).

No Estado de São Paulo na região Sudeste também representou que a relação do grau de estudo da mãe tem grande importância no desenvolvimento do feto, que pode levar ao baixo peso no RN influenciando muito no índice de mortalidade neonatal precoce, quanto menor for o peso do bebê maior é a chance de levar ele ao óbito. RN com muito baixo peso (<1.500 g) apresenta uma chance de óbito de 155 vezes maior em relação aos neonatos com 2.500 g ou mais. O baixo peso pode ter relação com o tempo de gestação, bebês com baixo peso geralmente são pré-termos, ou seja, menores que 37 semanas completas de gestação (ORTIZ e OUSHIRO, 2008).

As consultas de pré-natal são de suma importância, quanto mais consultas menores são as chances de haver a mortalidade neonatal, pois é nessa fase que identifica os agravos da gestação. Para a Organização Mundial de Saúde o número ideal seria de 6 ou mais consultas, enquanto que no Brasil foi adotado um parâmetro de 7 ou mais consultas, mas de qualquer forma quanto maior o número de consulta maior as chances de sobrevivência do bebê e da mãe. Este estudo mostrou que deve estimular as políticas e ações de saúde direcionadas para atenção no pré-natal, no parto e para o RN (ORTIZ e OUSHIRO, 2008).

No quadro 2 está demonstrando um comparativo do Brasil, Belo Horizonte por ser a capital de Minas Gerais e a cidade que se destaca no número de óbitos neonatais na região sudeste, onde o município de Paracatu também está situado, representando o número de nascidos vivos e óbitos neonatais no período de 2005 a

2015, em sequência, o cálculo de mortalidade para dizer se os achados de Paracatu condizem com os achados a nível nacional.

QUADRO 2: Representação do número de Natalidade e Mortalidade Neonatal no Brasil, Belo Horizonte e Paracatu entre os anos de 2005 a 2015.

Ano	N° De Nascidos Vivos/Mortalidade por 100 nascidos vivos					
	Brasil		Belo Horizonte		Paracatu	
	NV	MN	NV	MN	NV	MN
2005	3.035.096	34.382	32.097	323	1.429	19
2006	2.944.928	32.597	31.132	254	1.351	17
2007	2.891.328	30.821	30.535	237	1.327	11
2008	2.934.828	30.179	31.096	252	1.335	16
2009	2.881.581	29.212	30.861	238	1.101	12
2010	2.861.868	27.687	31.147	253	1.201	7
2011	2.913.160	27.534	31.525	209	1.030	6
2012	2.905.789	27.113	32.124	229	1.279	9
2013	2.904.027	26.730	31.381	210	1.224	10
2014	2.979.259	26.746	31.732	229	1.330	9
2015	3.017.668	26.500	32.080	228	1.384	16

Fonte: dados obtidos no site DATASUS (2018).

O cálculo usado para representar o coeficiente de óbitos em neonatos, usando a mesma variável para todos relacionou os óbitos em até 27 dias pelos nascidos vivos, no mesmo período.

$$\text{Brasil: } \frac{319.501 \times 100}{32.269.532} = \frac{31.950.100}{32.269.532} = 0,99\%$$

$$\text{Belo Horizonte: } \frac{2.662 \times 100}{345.710} = \frac{266.200}{345.710} = 0,77\%$$

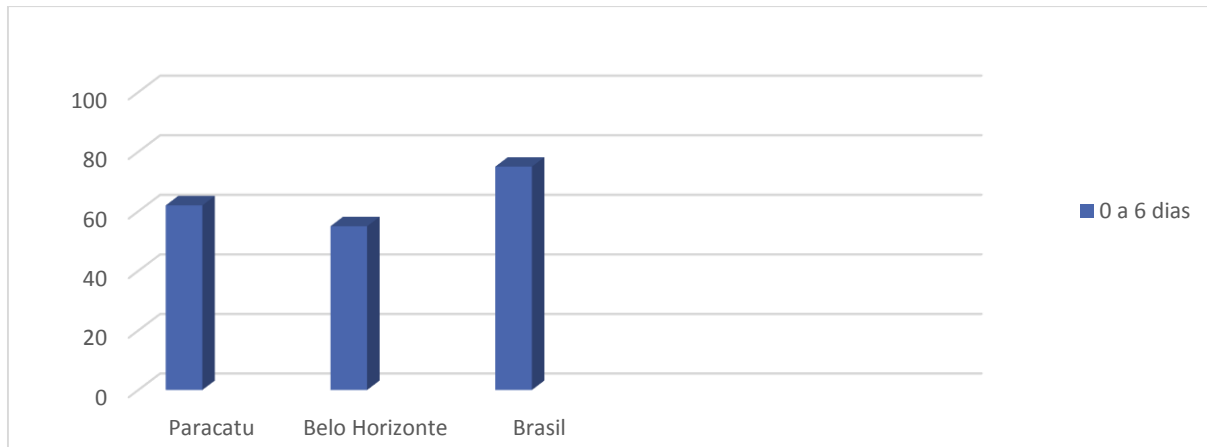
$$\text{Paracatu: } \frac{132 \times 100}{13.991} = \frac{13.200}{13.991} = 0,94\%$$

De acordo com os dados apresentados Paracatu representa um número bem elevado de mortalidade neonatal ficando acima do percentual do município de Belo Horizonte e comparado a nível nacional o mesmo chega bem próximo da igualdade se mostrando um índice preocupante cabendo um estudo mais detalhado das condições de saúde ofertada para essa população.

Um estudo feito em 2016 mostrou que o Brasil tem 1.961 estabelecimentos que contém UTI, sendo 796 UTI Neonatal, onde estão disponibilizados 8.723 mil leitos de UTI Neonatal, divididos entre as regiões Norte com 545 leitos UTIN, Nordeste 1.487 leitos UTIN, Sudeste 4.669 leitos UTIN, Sul 1.331 leitos UTIN, Centro-Oeste 691 leitos UTIN. O maior número de leitos na UTIN é a região Sudeste sendo São Paulo com 1.378 leitos UTIN no interior e 856 leitos UTIN na capital, em seguida o estado do Rio de Janeiro com 733 leitos UTIN no interior e 544 leitos UTIN na capital, logo o estado de Minas Gerais com 600 leitos UTIN no interior e 277 leitos UTIN na capital e por último o estado do Espírito Santo com 218 leitos UTIN no interior e 63 leitos UTIN na capital (CENSO AMIB, 2016).

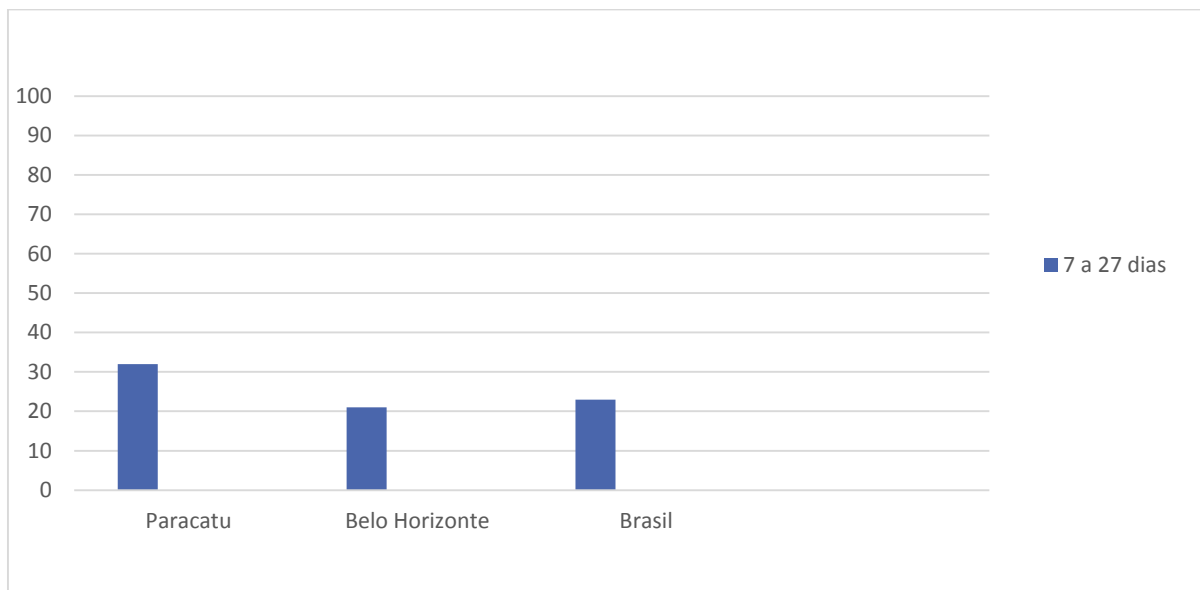
Os gráficos abaixo apresentados com resultados das taxas que foram calculadas usando a constante 100, como mostra os gráficos 4 e 5 onde estão representados o índice de mortalidade neonatal precoce e tardia em Paracatu-MG, Belo Horizonte- MG e Brasil.

GRÁFICO 4: Representação do número de óbitos neonatal precoce em Paracatu, Belo Horizonte e Brasil, nos anos de 2005 a 2015.



Fonte: Próprio autor, com dados obtidos no site DATASUS (2018).

GRÁFICO 5: Representação do número de óbitos neonatal tardio em Paracatu, Belo Horizonte e Brasil, nos anos de 2005 a 2015.



Fonte: Próprio autor, com dados obtidos no site DATASUS (2018).

Como apresentado nos gráficos, o número de óbito neonatal precoce é bem mais elevado se comparado com o período tardio, isso se dá devido as causas do período perinatal, um dos fatores que pode ocasionar essas causas é o uso de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação, sendo um grave problema social e de saúde pública, onde a gestante e o feto corre sérios riscos, estudos mostram que o nível de escolaridade, baixa renda são determinantes para o uso de drogas, seguido da falta de informação, o enfermeiro é um profissional importante na UBS, sendo possível detectar essa causa precocemente e intervindo de forma a ajudar a gestante

(KASSADA et al., 2013). Um agravo de suma importância pois reflete não só no Município de Paracatu-MG, mas também a nível nacional, pode-se observar que o número de mortalidade neonatal precoce é bem mais elevado em todas as regiões, cabendo talvez uma assistência voltada à Atenção Primária para tentar minimizar esses fatores e reduzir esses índices.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade neonatal é um fator importante por refletir nas condições socioeconômicas de uma população, saneamento básico, condições financeiras, dentre outros, no município de Paracatu esse dado possui relevância e está próximo ao percentual nacional, levando em consideração as causas inevitáveis esse número poderia ser menor, a de se questionar se está ocorrendo falhas na atenção à saúde dessa população, cabendo intervenções dos gestores e dos profissionais de saúde na redução do número de óbitos neonatais.

Essa pesquisa não objetivou esgotar todo assunto a cerca da temática estudada, mas, contudo, apresentar o perfil da mortalidade neonatal no município de Paracatu-MG, as principais causas, as incidências no período estudado, o comparativo a nível nacional e entre a capital do estado a cidade Belo Horizonte e a cidade de Paracatu-MG. Pensando nesse sentido é possível utilizar os achados nesse trabalho para subsidiar as ações em saúde na busca de estratégias, sejam em nível da Atenção Básica, nível secundário (Policlinicas de especialidades) ou nível terciário (Hospitalar) para reduzir o número de óbitos neonatais. Sugiro que novas pesquisas sejam realizadas no intuito de aprofundar o conhecimento neste tema.

Contudo pode ser observado um número mais elevado na mortalidade neonatal precoce, mostrando que pode ser por possíveis causas inevitáveis, entretanto um percentual de nível municipal ser comparado a nível nacional mostra que intervenções devem acontecer o mais rápido possível para reduzir esse número, começando na Atenção Primária onde a gestante tem seu primeiro contato, com as consultas de pré-natal, devendo ser acompanhadas de forma criteriosa para evitar tais danos, possíveis políticas socioeducativas também podem ser implantadas a fim de orientar as gestantes sobre os agravos decorrentes de uma má qualidade de vida, como tabagismo, alcoolismo, alimentação, orientando quanto a importância das consultas de pré-natal, e inserindo essas gestantes nas reuniões de gestantes, onde além de orientar quanto aos danos à saúde, também é um lugar de apoio, onde esclarece suas dúvidas e passa a conhecer mais sobre sua gestação e como será após o parto.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Heloísa Maria, et al., **Perfis de mortalidade neonatal precoce**: um estudo para uma Maternidade Pública de Belo Horizonte (MG), 2001-2006. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rbepid/2008.v11n4/675-686/pt/>> Acesso em 17 Mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. Banco de dados sobre informação de Saúde. 2018. Disponível em:<<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>> Acesso em: 16 Abr 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v2.pdf> Acesso em: 10 Out 2017.

CRUZ, Daniela Carvalho dos Santos, et al., **Os cuidados imediatos prestados ao RN e a promoção do vínculo mãe-bebê**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41672/45281>> Acesso em 31 Mar 2018.

DINIZ, Lílian Martins Oliveira, et al., **O sistema imunológico do recém-nascido**. Revista Médica de Minas Gerais, v.24, n.2, p.233-240, 2014. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1604>> Acesso em: 04 Set 2017.

GARCIA, Leila Posenato; SANTANA, Lúcia Rolim. **Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993 - 2008**. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000009> Acesso em: 04 Set 2017.

KUMAR, Vinay, et al., **Robbins Patologia Básica**. Rio de Janeiro, p.275-281, 2008.

LEAL, Maria do Carmo; SZWARCOWALD, Célia Landman. **Características da mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro na década de 80**: uma visão espaço-temporal. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.31, n.5, p.457-65, 1997. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rsp/v31n3/2306.pdf>> Acesso em: 20 Set 2017.

NEUMANN, Dra. Zilda Arns, **Manual de Assistência ao RN**. Brasília, 1994. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0104manual_assistencia.pdf> Acesso em 01 Abr 2018.

ORTIZ, Luis Patricio; OUSHIRO, Deise Akiko. **Perfil da mortalidade neonatal no Estado de São Paulo**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 19-29, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_02.pdf> Acesso em: 24 Mai 2018.

PALMEIRA, G. **Epidemiologia**. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 135-194. ISBN 978-85-7541-325-8. Available from SciELO Books. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-11.pdf>> Acesso em: 28 Nov 2017.

PASSOS, Angelo Ferreira; AGOSTINI, Fernanda Spinassé. **Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção**. 2011

PINHEIRO, Josilene Maria Ferreira, et al., **Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio grande do Norte, Brasil**. Natal, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0243.pdf>> Acesso em: 23 Mar 2018.

REGO, Maria Albertina Santiago; ANCHIETA, Lêni Márcia. **Assistência Hospitalar ao Neonato**. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/imagens/documentos/assistencia_hospitalar_neonato.pdf> Acesso em: 10 Set 2017.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva, et al., **Humanização do Cuidado da UTI Neonatal**. Revista Eletrônica de Enfermagem. Paraíba, v. 09, n. 01, p. 200 - 213, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>> Acesso em 08 Abr 2018.

RIBEIRO, Valdinar Sousa; SILVA, Antônio Augusto Moura da. **Tendências da mortalidade neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.429-438, abr-jun, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v16n2/2092.pdf>> Acesso em: 04 Set 2017.

RUBIN, Emanuel, et al., **Rubin Patologia: Bases Clinicopatológicas da Medicina**. Rio de Janeiro, p.225-242, 2006.

SLOMP, Fátima Martinez, et al., **Assistência ao RN em um Programa de Saúde da Família**. Guarapuava, PR, 2007. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41640>> Acesso em 27 Mar 2018.

SOARES, Enio Silva; MENEZES, Greice Maria de Souza. **Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 19, n. 1, p. 51-60, Mar. 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 Mai 2018.

SOUSA, Tanara Rosângela Vieira; FILHO, Paulo Amilton Maia Leite. **Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro**. Revista de Saúde Pública. 2008. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsp/2008.v42n5/796-804/#ModalArticles>> Acesso em: 26 Mai 2018.

SUCIGAN, Débora H. Iversen, et al., **Relatório de Estatística**. s.d. Disponível em: <<http://www.ime.unicamp.br/~nancy/Cursos/me172/Cap4.pdf>> Acesso em: 28 Nov 2017.

KASSADA, Danielle Satie, et al., **Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes**. ACTA Paulista de enfermagem, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v26/n5/v26n5a0.pdf#page=66>> Acesso em: 01 Ago 2018.

CENSO AMID. **Associação de Medicina Intensiva Brasileira**. 2016. Disponível em: <https://www.amib.com.br/pdf/Analise_de_Dados_v4_1.20.1095_AMIB_Atualizado_by_AM_24Fev17_TemplateAMIB.pdf> Acesso em 01 Ago 2018.