



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ALMIR DE MELO SAMPAIO NETO

PERFIL DA MORTALIDADE NEONATAL NA CIDADE DE MANAUS

Manaus
2018

ALMIR DE MELO SAMPAIO NETO

PERFIL DA MORTALIDADE NEONATAL NA CIDADE DE MANAUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II como componente curricular obrigatório para obtenção do título de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas – UEA.

Orientador (a): Prof. M.Sc. Cheila Maria Lins Bentes

Manaus
2018

S192p

Sampaio Neto, Almir de Melo
Perfil da mortalidade neonatal na cidade de Manaus /
Almir de Melo Sampaio Neto. Manaus : [s.n], 2018.
17 f. : il. ; 30 cm.

TCC - Graduação em Enfermagem - Bacharelado -
Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2018.
Inclui bibliografia
Orientador: Bentes, Cheila Maria Lins

1. Mortalidade Infantil . 2. Sistemas de Informação.
3. Fatores de Risco. I. Bentes, Cheila Maria Lins
(Orient.) II. Universidade do Estado do Amazonas. III.
Perfil da mortalidade neonatal na cidade de Manaus

Agradecimentos

Expresso aqui minha eterna gratidão a todos aqueles que contribuíram para realização deste projeto, direta ou indiretamente. Em primeiro lugar a Deus, por iluminar minha consciência em momentos que, por ventura, pensei em desistir e me dar a força necessária para continuar. Aos meus pais e irmã por todo carinho e cuidado em noites mal dormidas. Aos amigos por toda motivação dada, em especial à Thalissa Cartana a quem devo tanto, e Gabriella Tabal por todo apoio e carinho. Aos mestres com carinho que durante a graduação foram mais que mestres e se tornaram meus amigos, em especial ao professor Jefferson Jurema, ao professor Claylton Santos que embora nunca tenha lecionado alguma disciplina para mim durante a graduação, sempre foi um amigo e parceiro de grandes projetos, e por último e não menos importante, minha orientadora professora Cheila Bentes, por se dispor a me guiar durante a elaboração deste projeto. E a tantos outros que aqui deixei de mencionar, familiares, amigos e mestres. mas que contribuíram de alguma forma durante este processo, meu muito obrigado.

Sumário

Resumo	5
Introdução	6
Metodologia	7
Resultados	8
Discussão	11
Conclusão	14
Referências	15

Perfil da mortalidade neonatal na cidade de Manaus

Almir de Melo Sampaio Neto¹

Cheila Maria Lins Bentes²

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil da mortalidade neonatal na cidade de Manaus, com ênfase em características maternas, neonatais e as principais causas de óbitos no período de 2012 a 2016. **Método:** Estudo epidemiológico, descritivo, utilizando base de dados secundários (DATASUS). **Resultado:** foram identificados 1.798 óbitos neonatais no período estudado. O coeficiente de mortalidade neonatal (CMN) apresentou discreta regressão de 8,6/1000NV em 2012 para 8/1000NV em 2016, os maiores CMN foram encontrados em filhos de mães com mais de 40 anos de idade (14,4/1000NV), com nenhuma escolaridade (51,8/1000NV), mulheres com gestação múltipla (26,4/1000NV) e entre aquelas cujos filhos nasceram por via vaginal (8,8/1000NV). Os óbitos neonatais foram em sua maioria precoces com risco estimado de 6,3/1000NV, e os maiores coeficientes foram encontrados no sexo masculino (8,7/1000NV), prematuros (59,8/1000NV) e com baixo peso ao nascer (80,7/1000NV). As principais causas de morte estão relacionadas a afecções originadas no período perinatal (74,08%) e a malformações congênitas (23,64%). **Conclusão:** O CMN tem regredido discretamente. O perfil materno e do neonatal não difere de outras cidades brasileiras, as principais causas de morte poderiam ter sido evitadas por adequada atenção a saúde da mulher e do recém-nascido durante a gestação, trabalho de parto e parto. Os resultados indicam maior adesão e melhora da assistência presta a saúde materno-infantil e a realização de mais estudos acerca da assistência ao pré-natal, no parto e ao recém-nascido.

Descritores: Mortalidade Infantil, Sistemas de Informação, Fatores de Risco.

Descriptors: Infant Mortality, Information Systems, Risk Factors.

¹ Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas

² Professora MSc. Da Universidade do Estado do Amazonas.

Introdução

O período neonatal é compreendido pelos primeiros 28 dias de vida incompletos do recém-nascido. A mortalidade neonatal refere-se a todos óbitos ocorridos nesta faixa etária, podendo ainda ser dividido em duas categorias, precoce quando ocorre até o 6º dia de vida, ou tardio ocorrendo entre 7 e 27 dias de vida. E tem sido considerado como o componente mais expressivo da mortalidade infantil no mundo todo, e também de grande atenção, pois refletem a qualidade da assistência prestada no pré-natal e no parto ⁽¹⁾.

As vidas de milhões de crianças foram salvas no planeta desde 2000, devido aos esforços e compromissos dos governos de todos os países. Ainda que as proporções atuais sejam mínimas em relação ao ano 2000, houve um aumento de 41% em 2000 para 46% em 2016 dos óbitos infantis ocorridos nos primeiros 28 dias de vida. Somente no ano de 2016, de 15 mil crianças que morreram todos os dias no mundo todo, metade delas morreram ainda no período neonatal, segundo relatório da UNICEF, *Levels and Trends in Child Mortality 2017* (Níveis e Tendências da Mortalidade na Infância 2017) ⁽²⁾.

O Brasil tem se destacado, segundo o mesmo relatório, por seus esforços em diminuir as taxas de mortalidade infantil (TMI). A regressão da TMI do início dos anos 90 até 2013 foi de aproximadamente 70%, de 47,1 para 14,5/1000 nascidos vivos. Em 2016 a TMI era 13,3/1000 NV menores de 1 ano, enquanto que a taxa de mortalidade neonatal (TMN) no mesmo ano era de 8/1000 NV ⁽²⁻³⁾.

Pesquisas apontam que o fator biológico, condições socioeconômicas e modos de vida da mulher e também fatores biológicos do recém-nascido, bem como a qualidade da assistência ofertada pelos serviços de saúde configuram como determinantes bastante expressivos associados a mortalidade neonatal ⁽⁴⁾.

Estudar os fatores que levam a mortalidade neonatal é uma necessidade constante, uma vez que estes dados servem como alerta para a monitorização e vigilância dos óbitos, além de fomentar o planejamento de ações de saúde com vista a redução das taxas de mortalidade. Partindo desse princípio, conhecer o perfil materno e do recém-nascido, bem como as principais causas de óbito ajudam a melhor compreensão desta problemática, tanto a nível acadêmico quanto a nível profissional.

Portanto, este estudo teve como objetivo, descrever o perfil da mortalidade neonatal na cidade de Manaus, com ênfase em características maternas, neonatais e as principais causas de óbitos no período de 2012 a 2016.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter descritivo e retrospectivo sobre mortalidade neonatal, realizado na cidade de Manaus no período de 2012 a 2016. A população compreende todos os nascidos vivos com idade entre 0 e 28 dias que foram a óbito no período estudado. Como critério de inclusão foram considerados apenas os óbitos por residência da mãe do referido município. A coleta foi realizada durante o mês de maio/2018 na base de dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, obtidos através do site do Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

As variáveis selecionadas foram: população de recém-nascidos vivos e aqueles que foram a óbito em até 27 dias de vida. O perfil materno foi analisado segundo: a idade, escolaridade, tipo de gravidez, tipo de parto. E o perfil do recém-nascido segundo a faixa etária, sexo, idade gestacional e peso ao nascer. As principais causas de óbitos foram analisadas com

base na lista de mortalidade segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10).

Após extração dos dados, foi realizado o cálculo do coeficiente de mortalidade neonatal para cada variável selecionada, utilizando-se o método direto adotado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde ⁽⁵⁾, e a distribuição de frequências através do software Microsoft Excel 2016.

Resultados

O número de óbitos neonatais no município registrados pelo SIM no quinquênio 2012-2016 foi de 1.798 casos. Nesse mesmo período foram registrados 207.563 nascidos vivos no SINASC. A taxa de mortalidade neonatal apresentou-se estável durante o período estudado, com discreta regressão de 8,62/1000 NV em 2012 para 8,00/1000 NV em 2016.

Tabela 1 – Distribuição dos nascidos vivos, óbitos neonatais e coeficiente de mortalidade neonatal no período de 2012 a 2016. Manaus, AM, Brasil, 2018.

Ano	Nascidos vivos		Óbitos neonatais		CMN*
	n	%	n	%	
2012	41169	19,83	355	19,74	8,62
2013	41640	20,06	385	21,41	9,25
2014	42809	20,62	373	20,75	8,71
2015	42342	20,40	368	20,47	8,69
2016	39603	19,08	317	17,63	8,00
Total	207563	100	1798	100	8,66

*Coeficiente de mortalidade neonatal/ 1000 nascidos vivos.

Fonte: SINASC/SIM

Conforme mostra a Tabela 2, o risco estimado de mortalidade foi muito maior em filhos de mães com idade entre 40 e 49 anos (14,4/1000NV), mães com baixa escolaridade (51,8/1000NV) e mães que tiveram gravidez múltipla (26,4/1000NV). Os tipos de parto não apresentaram diferença consideravelmente alta entre eles.

Tabela 2 – Perfil materno segundo variáveis sociodemográficas e obstétricas no período de 2012 a 2016. Manaus, AM, Brasil, 2018.

Variáveis selecionadas	Nascidos vivos	Óbitos neonatais	2012-2016	
	n	n	%	CMN
Idade da mãe				
< 20 anos	46068	452	25,1	9,8
20 - 29 anos	104135	812	45,2	7,8
30 - 39 anos	53120	407	22,6	7,7
40 - 49 anos	4227	61	3,4	14,4
Escolaridade				
Nenhuma	502	26	1,4	51,8
1 a 3 anos	3878	72	4,0	18,6
4 a 7 anos	41445	391	21,7	9,4
8 a 11 anos	127698	851	47,3	6,7
12 anos e mais	32498	241	13,4	7,4
Tipo de gravidez				
Única	387995	1610	89,5	4,1
Múltipla	5712	151	8,4	26,4
Tipo de Parto				
Vaginal	105665	928	51,6	8,8
Cesáreo	101666	826	45,9	8,1

*Coeficiente de mortalidade neonatal/ 1000 nascidos vivos.

Fonte: SINASC/SIM

Os óbitos neonatais foram em sua maioria classificados como precoce com estimativa de risco de 6,3/1000NV. O risco de mortalidade em relação ao sexo não apresentou diferença consideravelmente alta, já a população de recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas e com baixo peso apresentaram risco de morte mais elevados, 59,8/1000NV e 80,7/1000NV respectivamente (tabela 3).

Tabela 3 – Perfil dos recém-nascidos que foram a óbito no período de 2012 a 2016. Manaus, AM, Brasil, 2018.

Variáveis selecionadas	Nascidos vivos	Óbitos neonatais	2012-2016	
	n	n	%	CMN
Classificação				
Precoce (0 a 6 dias)	207563	1310	72,9	6,3
Tardio (7 a 27 dias)		488	27,1	2,4

Sexo				
Feminino	101174	858	47,7	8,5
Masculino	106352	927	51,6	8,7
Idade gestacional				
<37 semanas	21522	1286	71,5	59,8
37 a 41 semanas	169150	362	20,1	2,1
≥ 42 semanas	4437	12	0,7	2,7
Peso ao Nascer				
< 2500g	16895	1364	75,9	80,7
≥ 2500g	190660	395	22,0	2,1

*Coeficiente de mortalidade neonatal/ 1000 nascidos vivos.

Fonte: SINASC/SIM

A tabela 4 mostra distribuição das principais causas de óbitos ocorridas no período estudado. A principal causa está relacionada a afecções originadas no período perinatal, entre elas a síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, complicações da gravidez e do parto e septicemia. As malformações congênitas, deformidades e anomalias aparecem em segundo lugar.

Tabela 4 – Distribuição das principais causas de óbitos segundo lista de mortalidade CID-10 no período de 2012 a 2016. Manaus, AM, Brasil, 2018.

Principais causas	2012-2016		
	N	%	CMN
Algumas afecções originadas no período perinatal	1332	74,1	6,4
- Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	288	21,6	1,4
- Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	17	1,3	0,1
- Traumatismo ocorrido durante o nascimento	22	1,7	0,1
- Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	47	3,5	0,2
- Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	392	29,4	1,9
- Pneumonia congênita	63	4,7	0,3
- Outras afecções respiratórias do recém-nascido	113	8,5	0,5
- Septicemia bacteriana do recém-nascido	214	16,1	1,0
- Onfalite do recém-nascido com ou sem hemorragia	3	0,2	0,0
- Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto	24	1,8	0,1
- Restante das afecções perinatais	149	11,2	0,7

Malformações congênitas, deformidades e anomalias	425	23,6	2,0
- Hidrocefalia e espinha bífida congênitas	15	3,5	0,1
- Outras malformações congênitas do sistema nervoso	80	18,8	0,4
- Malformações congênitas do coração	136	32,0	0,7
- Outras malformações congênitas do aparelho circulatório	15	3,5	0,1
- Síndrome de Down e outras anomalias cromossômica	2	0,5	0,0
- Outras malformações congênitas	177	41,6	0,9

*Coeficiente de mortalidade neonatal/ 1000 nascidos vivos.

Fonte: SINASC/SIM

Discussão

O coeficiente de mortalidade neonatal da cidade Manaus observado no ano de 2016 foi de 8,00/1000 NV, o menor dentro do quinquênio estudado. Este valor iguala-se ao coeficiente nacional no mesmo ano segundo relatório da UNICEF. A taxa também se iguala a de países como México e Peru, segundo o mesmo relatório ⁽²⁾.

As taxas de mortalidade neonatal das regiões norte e nordeste são as maiores do país. A taxa da capital amazonense encontra-se abaixo das médias de capitais como Porto Velho – RO (9,23/1000 NV) ⁽⁶⁾, Teresina – PI (10,6/1000 NV), na região nordeste ⁽⁷⁾. Ao compararmos com as médias das demais regiões observamos que somente em 2016, a cidade de Manaus atingiu as médias do ano de 2012 da região sudeste (8,0/1000 NV) ⁽⁸⁾.

Corroborando dados da literatura que evidenciaram que mães em extremos de idade, apresentam maiores riscos para o óbito neonatal ⁽⁹⁾, esta pesquisa verificou que o risco de mortalidade neonatal foi muito maior em mães com idade superior a 40 anos (14,4/1000NV). Observou-se também grande proporção de mães adolescentes com idade inferior a 20 anos. A gravidez na adolescência é um importante problema de saúde pública devido aos riscos que oferece a saúde materno-infantil ⁽¹⁰⁾.

No presente estudo, verificamos que mães com nenhuma escolaridade apresentaram risco estimado de mortalidade de 51,8/1000NV. Estudos apontaram associação positiva entre os óbitos neonatais e mães que possuíam menos que 12 anos de escolaridade, equivalente ao ensino médio completo ⁽¹¹⁾. A escolaridade reflete diretamente na percepção das gestantes sobre os riscos da gestação, adoção de hábitos de vida saudáveis e utilização dos serviços de saúde, que se adequada pode ser considerada como um fator de segurança para a saúde materno-infantil ⁽¹⁰⁾.

Em relação às vias de parto, a via vaginal apresentou média de 8,8/1000NV. Embora o risco de mortalidade neonatal elevado sobre a via de parto vaginal, a mesma oferece benefícios para o recém-nascido, contribuindo para o fortalecimento do sistema imune, desenvolvimento cardiovascular e pulmonar ⁽⁷⁾. Chama atenção neste estudo que as estimativas de risco para o parto cesáreo (8,1/1000NV), que estiveram muito próximas das taxas de parto vaginal, o que nos leva a refletir sobre a qualidade da atenção prestada durante o parto, uma vez que ambas podem oferecer fator de proteção para o neonato.

Os óbitos neonatais apresentaram maior proporção na fase precoce, correspondente à faixa etária de 0 a 6 dias, com risco de mortalidade estimado em 6,3/1000NV. Altas TMN precoce também foram verificadas em Rondônia ⁽⁶⁾, no Piauí ⁽⁷⁾, no Rio Grande do Norte ⁽¹⁰⁾, no Mato Grosso ⁽¹²⁾. A literatura afirma que óbitos ocorridos nesta fase tem grande influência das condições de nascimento da criança, principalmente prematuridade e baixo peso ao nascer, e refletem também a qualidade da assistência neonatal para a sobrevivência do bebê ⁽¹³⁾.

A taxa de recém-nascidos do sexo masculino que foram a óbito foi bem maior do que as observadas no sexo feminino e o risco estimado de morte foi de 8,7/1000NV. Fatores fisiológicos asseguram maior sobrevivência do sexo feminino, uma vez que este apresenta

amadurecimento mais rápidos dos pulmões conferindo melhor adaptabilidade a vida extrauterina. O risco de morte até os 27 dias de vida é 1,6 maior no sexo masculino ⁽¹⁴⁾.

Observou-se maior proporção de óbitos em recém-nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas (59,8/1000NV), caracterizando prematuridade, e com baixo peso ao nascer $\leq 2.500\text{g}$ (80,7/1000NV). Pesquisas apontam que o baixo peso é uma variável que está intimamente ligada a prematuridade ⁽¹⁵⁾. Estas variáveis, juntamente com o índice de Apgar <7 no 1º e 5º minuto, são considerados importantes determinantes de mortalidade neonatal ^(7, 14-15).

Elevadas taxas de prematuridade, de acordo com a literatura, podem estar relacionadas com excesso de intervenções sem que haja indicação médica, falhas na estimativa de idade gestacional ou aumento do número de gestações de alto risco o que ocasiona em interrupção antecipada da gestação ^(10,16). Nota-se também, neste e em outros estudos, que as taxas de recém-nascidos com baixo peso ao nascer excedem as taxas de prematuridade, que podem ser reflexo direto das condições maternas antes e durante a gravidez, como: desnutrição, tabagismo e patologias durante a gestação, o que repercute gravemente na saúde do bebê ⁽¹⁶⁾.

Segundo a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do SUS, proposta por Malta ⁽¹⁷⁾, em 2007 e posteriormente revisada em 2010, as principais causas observadas podem ser classificadas como evitáveis. As mortes por afecções surgidas ainda no período neonatal poderiam ter sido prevenidas se houvesse uma melhor assistência ao recém-nascido, melhor atenção à saúde a mulher na gestação, no trabalho de parto e durante o parto, ou poderiam, também, ter sido evitadas se houvesse diagnóstico e tratamento médico precoce.

A literatura é unânime ao afirmar que intervenções primárias, sobretudo o pré-natal, durante a gestação são capazes de prevenir ou reduzir as mortes. Em níveis mais complexos, as mortes poderiam ser evitadas durante o trabalho de parto, com vista a prevenir partos

prematturos, ou com adequada atenção ao recém-nascido afim de melhorar suas condições de sobrevivida ⁽¹⁸⁾.

A realização de estudos desta natureza com base em dados secundários oferece certas limitações no que concerne ao entendimento sobre assistência prestada a saúde da mulher e ao recém-nascido que foi a óbito, se considerarmos que estes dados não são disponibilizados pelo SIM na base do DATASUS.

Conclusão

O coeficiente de mortalidade neonatal da cidade de Manaus vem diminuindo discretamente a cada ano. O perfil materno e neonatal não difere do perfil observado em outras cidades do país, porém este estudo evidenciou a partir da análise destas características e das principais causas de morte, a necessidade de ações de planejamento familiar, maior adesão as consultas de pré-natal e diagnóstico precoce de quaisquer complicações durante a gestação e isto implica a melhoria da qualidade desta assistência prestada.

Logo, sugere-se, também, a realização de estudos mais aprofundados sobre a assistência prestada no pré-natal, durante o parto, e também a assistência ao recém-nascido para melhor elucidação sobre a problemática.

Referências

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Ministério da Saúde do Brasil. 2009. 1-98 p.
- 2- Hug L, Sharrow D, Sun Y, Marcusanu A, You D, Mathers C, et al. n United Nations Levels & Trends in Child Mortality Report 2014 Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation United Nations Child Mortality. 2017; Available from: https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2017.pdf
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 462 p.: il.
- 4- Nascimento RM do, Leite ÁJM, Almeida NMGS de, Almeida PC de, Silva CF da. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2012;28(3):559–72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000300016&lng=pt&tlng=pt
- 5- Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. 2 ed. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília; 2008. 349 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/indicadores_basicos_saude_brasil_2ed.pdf
- 6- Fernanda Alves Moreira K, Oyola Bicalho B, Cristina Sales Santos L, Mara Gonçalves de Siqueira Amaral F, Halax Orfão N, Pereira Lima Cunha M. Perfil E Evitabilidade De Óbito Neonatal Em Um Município Da Amazônia Legal Profile and Preventability of Neonatal Deaths in a City in Legal Amazon. 2017;(22). Available from:

- <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/04/48950-206804-1-PB.pdf>
- 7- Filho ACAA, Sales IMM, Araújo AKL, Almeida PD, Rocha SS. Aspectos epidemiológicos da mortalidade neonatal em capital do nordeste do Brasil. *Rev Cuid* [Internet]. 2017;8(3):1767–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.417>
 - 8- Lansky S, Friche AA de L, Silva AAM da, Campos D, Bittencourt SD de A, Carvalho ML de, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014;30(suppl 1):S192–207. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=pt&tlng=pt
 - 9- Oliveira MND, Camargo BA, Pinto EP Jr, Luz LA. Características dos Óbitos Infantis em um Município de Médio Porte da Região Nordeste do Brasil. *J Health Biol Sci*. 2017 Abr-jun; 5(2): 160-164. Available from: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i1.1099>
 - 10- Teixeira GA, Costa FM de L, Mata MS, Carvalho JBL, Sousa NL, Silva RAR. Risk factors for neonatal mortality in the life of first week. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2016;8(1):4036. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3943>
 - 11- Leal M do C, Bittencourt SDDA, Torres RMC, Niquini RP, Souza Jr PRB de. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Artig Orig Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017;51(12):9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006391.pdf
 - 12- Maia M, Marcos A, Aguilar M. Análise dos Indicadores de Saúde Materno Infantil de um Município do Estado do Mato Grosso Analysis of Indicators of Maternal Child Health in a Municipality from MatoGosso State. 2011;

- 13- Maria Aparecida Munhoz Gaívab , Rossana Marchese Bittencourt EF. Óbito Neonatal Precoce E Tardio: Perfil Das Mães E Dos Recém-Nascidos. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(4):91–7.
- 14- Demitto MDO, Andréia A, Gravena F, Millene C, Agnolo D, Antunes MB, et al. Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal *. Rev da Esc Enferm da USP. 2017;51:1–8.
- 15- França EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2017;20(suppl 1):46–60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500046&lng=pt&tlng=pt
- 16- França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Rede Interagencial Informações para Saúde. Demografia e saúde. contribuição para análise de situação e tendências. Brasília (DF): OPAS; 2009. p. 83-112.
- 17- Malta DC, Moura L de, Lansky S, Sardinha LM V, Leal M do C, Szwarcwald CL, et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil TT - Update of avoidable causes of deaths due to interventions at the Brazilian Health System. Epidemiol serv saúde [Internet]. 2010;19(2):173–6. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- 18- Bacelar GMBS, Duarte JLMB. Mortalidade neonatal precoce em recém-nascido com peso de nascimento menor ou igual a 1500 g: fatores de risco e prevenção. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto [Internet]. 2016;15(2):170–6. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/28243>



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

A Banca Examinadora de Defesa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II) do (a) aluno (a): Almir de Melo Sampaio Neto,

intitulado: Pape de morbidade neonatal na cidade de Manaus - Mm.

constituída pelos professores:

(Orientador): Chiea Maria Lins Bentes,

(Examinador): Edinera Ribeiro da Silva,

(Examinador): Erlon

reunida na sala 3.1 da ESA/UEA, no dia 25/06/18, às 8:00 horas,

para avaliar a Defesa em pauta, de acordo com as normas estabelecidas pelo regulamento de TCC desta Universidade, considerou que o referido trabalho:

Foi aprovado sem alterações¹

Foi aprovado com alterações²

Deve ser reapresentado³

Foi reprovado⁴

Manaus, 25 de Junho de 2018.

1. P. Santos
2. Edinera Ribeiro da Silva
3. Erlon do Vale Souza

¹ Aprovado sem alterações (Média da AP1 e AP2 \geq 8,0): trabalho não precisa sofrer nenhuma alteração.

² Aprovado com alterações (Média da AP1 e AP2 \geq 8,0): trabalho precisa incluir as correções indicadas pela Banca Examinadora.

³ Reapresentado (Média da AP1 e AP2 \geq 4,0 e $<$ 8,0): trabalho não alcançou nota suficiente para aprovação direta e deverá ser reformulado conforme sugestões da Banca Examinadora, sendo submetido a uma nova avaliação, conforme data marcada pelo coordenador da disciplina de TCC II acordada com a banca, e esta nova avaliação corresponderá à Prova Final (PF) da disciplina TCC II.

⁴ Reprovado (Média da AP1 e AP2 $<$ 4,0): trabalho não alcançou nota suficiente para aprovação.