



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

ANDERSON MARTINS VIDALETI

**MORTALIDADE NA UTI NEONATAL DE UM HOSPITAL SUL-CATARINENSE:  
ANÁLISE QUANTITATIVA DE FATORES DE RISCO ASSOCIADOS**

Araranguá - SC

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

ANDERSON MARTINS VIDALETI

**MORTALIDADE NA UTI NEONATAL DE UM HOSPITAL SUL-CATARINENSE:  
ANÁLISE QUANTITATIVA DE FATORES DE RISCO ASSOCIADOS**

Artigo Científico apresentado a UFSC, executado em exigência à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, do curso de Graduação em Medicina, sob a orientação do Professor Rodrigo Salmoria Arruda e coorientação do Professor Doutor Carlos Eduardo Andrade Pinheiro.

Araranguá

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Vidaleti, Anderson Martins  
MORTALIDADE NA UTI NEONATAL DE UM HOSPITAL SUL  
CATARINENSE: ANÁLISE QUANTITATIVA DE FATORES DE RISCO  
SELECIONADOS. / Anderson Martins Vidaleti ; orientador,  
Rodrigo Salmoria Arruda, coorientador, Carlos Eduardo  
Andrade Pinheiro, 2022.  
8 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá,  
Graduação em Medicina, Araranguá, 2022.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Mortalidade Neonatal. I. Arruda,  
Rodrigo Salmoria . II. Pinheiro, Carlos Eduardo Andrade.  
III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em  
Medicina. IV. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANDERSON MARTINS VIDALETI

MORTALIDADE NA UTI NEONATAL DE UM HOSPITAL SUL-  
CATARINENSE: ANÁLISE QUANTITATIVA DE FATORES DE RISCO  
ASSOCIADOS

Artigo apresentado ao  
Departamento de Ciências da Saúde da  
Universidade Federal de Santa Catarina  
como requisito parcial para a obtenção do  
grau de Bacharel em Medicina

Aprovado em \_\_\_ de julho de 2022.

---

Professor Rodrigo Salmoria Arruda - (Orientador)

---

Professora Doutora Maruí W. Corseuil Giehl - (Membro Titular)

---

Professora Mestre Flávia Corrêa Guerra - (Membro Titular)

---

Professora Doutora Ana Carolina Lobar Cancelier - (Membro Suplente)

## DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho a minha esposa Débora e minha filha Manuella, pois são as fontes de minha constante vontade de crescimento pessoal, profissional e espiritual.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores que me acolheram nas quatro instituições que passei durante o curso de Medicina, sem vocês minha formação não seria possível.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Relação comparativa entre mortalidade infantil: Tempo de sobrevivência.....	13
<b>Tabela 2</b> - Idade gestacional no parto dos óbitos registrados na UTIN.....	13
<b>Tabela 3</b> - Peso ao nascer .....	14
<b>Tabela 4</b> - Fatores maternos associados de acordo com a idade gestacional.....	15

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

BPN: Baixo peso ao nascer

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

HRA: Hospital Regional de Araranguá

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH: Índice De Desenvolvimento Humano

IG: Idade gestacional

MN: Mortalidade Neonatal

OMS: Organização Mundial de Saúde

RN: Recém-nascido

SUS: Sistema Único de Saúde

TCC: Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal



## SUMÁRIO

RESUMO .....	9
ABSTRACT .....	9
INTRODUÇÃO .....	10
MÉTODO .....	12
RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	12
CONCLUSÃO .....	15
ANEXOS.....	17
NORMAS PUBLICAÇÃO ITPAC .....	17
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA CAAE 57735522.6.0000.0121.....	22

## MORTALIDADE NA UTI NEONATAL DE UM HOSPITAL SUL-CATARINENSE: ANÁLISE QUANTITATIVA DE FATORES DE RISCO ASSOCIADOS

Carlos Eduardo Andrade Pinheiro<sup>1</sup>, Rodrigo Salmoria Arruda<sup>2</sup>, Anderson Martins Vidaleti<sup>3</sup>

**RESUMO:** **Objetivo:** Identificar, através dos prontuários dos recém-nascidos que faleceram na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional de Araranguá, quais os fatores de risco estavam presentes nos casos de mortalidade neonatal. **Fonte:** foram avaliados os prontuários de todos os recém-nascidos que faleceram durante a internação na UTIN entre 08 de agosto de 2018 a 31 de dezembro de 2021. **Resumo dos achados:** A análise quantitativa apontou a existência dos seguintes fatores de exposição: Mortalidade neonatal precoce, baixo e muito baixo peso ao nascer, prematuridade, além de baixa escolaridade materna e número inadequado de consultas de pré-natal. **Conclusão:** Os fatores de risco encontrados nesse estudo são modificáveis. Políticas públicas que trabalhem estes pontos específicos podem reduzir a mortalidade neonatal local.

**Palavras-Chave:** Mortalidade Neonatal; mortalidade; recém-nascido; pré-termo; fatores de risco; neonatal.

**ABSTRACT: Objective:** To identify, through the medical records of newborns who died in the Neonatal Intensive Care Unit of the Regional Hospital of Araranguá, which risk factors were present in cases of neonatal mortality. **Source:** the medical records of all newborns who died during hospitalization in the NICU were evaluated between August 8, 2018 and December 31, 2021. **Summary of findings:** The quantitative analysis indicated the existence of the following exposure factors: Neonatal mortality premature birth, low and very low birth weight, prematurity, in addition to low maternal education and inadequate number of prenatal consultations. **Conclusion:** The risk factors found in this study are modifiable. Public policies that address these specific points can reduce local neonatal mortality.

**Keywords:** mortality; newborn; preterm; risk factors; neonatal.

---

<sup>1</sup> Coordenação de Pesquisa; Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC; Departamento de Pediatria; Rodovia Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n, Trindade - CEP 88040-900 - Florianópolis - SC. E-mail: c.e.a.pinheiro@ufsc.br.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Graduação em Medicina; Campus Universitário Araranguá, Rodovia Governador Jorge Lacerda, 3201, Urussanguinha - CEP: 88906-072 - Araranguá - SC - Brasil. E-mail: rodrigo.s.arruda@ufsc.br.

<sup>3</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Graduação em Medicina; Campus Universitário Araranguá, Rodovia Governador Jorge Lacerda, 3201, Urussanguinha - CEP: 88906-072 - Araranguá - SC - Brasil. E-mail: anderson.vidaleti@grad.ufsc.br.

## INTRODUÇÃO

Um dos indicadores mais tradicionais e confiáveis de desenvolvimento de uma sociedade é a taxa de mortalidade infantil (GOULART, 2006; GARCIA, 2019; SALOIO, 2020; HIRATA, 2019). Com este coeficiente, indiretamente podemos analisar muitos outros aspectos sociais, tais como acesso a saneamento básico, acesso ao sistema de saúde, acesso à alimentação adequada, em suma acesso à saúde.

No Brasil, na última década, a taxa de mortalidade infantil vem caindo de forma significativa, contudo a taxa de mortalidade neonatal não acompanha a mesma queda da taxa de mortalidade pós neonatal, mesmo com a maioria das causas de mortalidade infantil sendo evitável (NOBREGA, 2022; SALOIO et al., 2020).

Ao analisarmos as taxas de mortalidade infantil, mais especificamente em crianças com menos de cinco anos, vemos que o impacto de mortes de crianças com menos de um ano é muito grande. E o impacto é maior ainda se considerarmos somente a mortalidade neonatal, que na grande maioria das vezes é o dobro do período pós-natal (KLEIGMAN, 2014).

A mortalidade infantil se subdivide em mortalidade neonatal *latu sensu* e mortalidade infantil. A doutrina (MARTINS, 2016; HIRATA, 2019) traz a subdivisão da mortalidade neonatal em:

- mortalidade neonatal precoce (aquela que ocorre do momento do nascimento até sete dias de vida incompletos),
- mortalidade neonatal tardia (compreendidas as ocorridas entre sete dias de vida completos e vinte e oito dias de vida incompletos) e
- mortalidade pós-neonatal (entre vinte e oito dias de vida completos e 364 dias de vida completo).

No primeiro ano de vida os fatores de risco para o óbito vão se modificando, variando de causas intrínsecas para causas extrínsecas:

*Na mortalidade neonatal, as mortes entre os recém-nascidos com até 28 dias, ou 27 dias completos, estão presentes os fatores de risco decorrentes das condições gerais de saúde da mãe e de ambos durante a gestação, das condições de assistência pré-natal ao parto e ao recém-nascido, e das condições específicas do recém-nascido (incluindo as malformações congênitas). Na mortalidade neonatal precoce, esses fatores, agrupados sob a denominação de causas perinatais, são predominantes, enquanto na mortalidade neonatal tardia eles geralmente estão associados aos fatores relacionados às condições socioeconômicas desfavoráveis nas quais a mãe e o recém-nascido vivem. Na mortalidade pós-neonatal, as mortes que ocorrem entre os 28 dias de vida até a idade de 1 ano, mostram-se mais freqüentemente os fatores de risco associados às condições socioeconômicas, com maior proporção de mortes decorrentes de causas infecciosas, como diarreias e pneumonias.*(MARTINS, 2016)

Preocupado principalmente com as causas modificáveis, aquelas que em tese poderíamos ter o controle sobre seus efeitos, e em consonância com pactos internacionais assinados por nossa Administração, em 2006 o Ministério da Saúde editou a Portaria 399/2006, que trouxe ao nosso ordenamento o Pacto pela Saúde, que consolida o compromisso dos entes federados para determinadas ações de saúde.

Na atualidade, é o Pacto pela Saúde o instrumento direcionador, pelo qual diversas ações de saúde são estipuladas consensualmente e que, por meio de compromissos específicos da União, dos estados e dos municípios, devem ser efetivadas pelo SUS em prazos definidos (MARTINS, 2016).

O Pacto pela Vida, que é uma das diretrizes do Pacto pela Saúde, traz expresso em seu corpo, como uma de suas prioridades, a redução da mortalidade infantil neonatal.

*I – O PACTO PELA VIDA:*

*O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários,*

*expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.*

*Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.*

*As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:...*

*MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:*

*Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarréica e por pneumonias.* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) *grifos nossos*

Para atingirmos este Norte, é extremamente importante que consigamos minimizar os riscos de inerentes a mortalidade neonatal. Quanto aos fatores de risco, podemos agrupá-los em três grandes grupos: Fatores relacionados à característica do RN; Fatores de origem materna; e Fatores Assistenciais (MOTA BUGES, 2020).

Os principais fatores relacionados ao RN são: baixo peso ao nascer (BPN); Apgar inadequado; prematuridade e presença de anomalia congênita, sendo a idade gestacional o índice mais associado positivamente à sobrevivência infantil (PINHEIRO, 2010). Quanto aos fatores de risco materno temos características individuais da mãe, como escolaridade, procura e comprometimento com o pré-natal, realização dos exames e rotinas, até mesmo local de escolha do parto. Por fim elenca-se os fatores assistenciais: hospitais sem condições para atender ao binômio de alto risco, internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCINCo) após o nascimento, indisponibilidade de leitos obstétricos e de UTIN, entre outros fatores estranhos ao binômio gestante/feto, mas que podem definir a ocorrência ou não de sucesso (MOTA BUGES, 2020).

É sabido que um dos fatores de maior impacto na MN é a prematuridade (PINHEIRO, 2010; GARCIA, 2019; HIRATA, 2019; MOTA BUGES, 2020). Em um mundo ideal todas as

crianças nasceriam no tempo certo da gestação, com todos os órgãos bem formados e aptos para a vida extrauterina, infelizmente isto não ocorre em todas as gestações.

Alguns RN vêm ao mundo antes das 37 semanas de gestação, que seria o tempo ideal de vida intrauterina. Quanto menor o tempo de vida intrauterina pior as perspectivas de vida deste RN. Recém nascidos pré-termo são muito mais susceptíveis à sepse quando comparados com recém nascidos a termo (GOULART, 2006).

Se analisarmos tão somente o tempo de vida intrauterina, e considerando que com 37 semanas o RN já é a termo, temos a seguinte classificação (BURNS, 2017):

- 0 semana e 1 dia até 19 semanas e 6 dias: aborto
- 20 semanas e zero dia até 27 semanas e 6 dias: pré-termo extremo
- 28 semanas e zero dia até 33 semanas e 6 dias: pré-termo moderado
- 34 semanas e zero dia até 36 semanas e 6 dias: pré-termo tardio

Pré-maturos extremos já foram considerados praticamente inviáveis. Com o advento de novas tecnologias constantemente estamos superando o limite inferior de viabilidade ao nascimento. Se a poucos anos atrás tínhamos dificuldades em manter RN nascidos com 34/35 semanas, hoje temos tecnologia para manter a vida de RNs com 25 semanas ou mais e não os deixar com nenhuma, ou quase nenhuma, seqüela. RN com menos de 22 semanas não tem perspectiva de vida, já que os alvéolos só começam a se formar neste período, tornando a vida inviável (BURNS, 2017).

O objetivo do presente trabalho foi analisar quantitativamente os fatores de risco materno e os referentes ao recém-nascido envolvidos nos óbitos da UTIN no período 08 de agosto de 2018 a 31 de dezembro de 2021.

## MÉTODO

Trata-se um estudo transversal, retrospectivo, do tipo série histórica, pesquisa exploratório-descritiva de abordagem quantitativa que incluiu a seguinte estratégia metodológica: pesquisa documental em prontuário.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e aprovado sob o número de registro 57735522.6.0000.0121. O trabalho também conta com a aprovação do comitê de ética do Hospital Regional de Araranguá, local onde a pesquisa foi realizada. O Hospital Regional de Araranguá (HRA) fica localizado na cidade de Araranguá, Santa Catarina, Brasil. É um hospital público que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde.

A população do estudo foi constituída da totalidade de óbitos neonatais ocorridos na UTIN do HRA no período compreendido entre 08 de agosto de 2018 a 31 de dezembro de 2021.

Durante este período ocorreram 476 internações na UTI Neonatal. Destas, em 29, o desfecho foi o óbito neonatal. Um prontuário teve que ser excluído da análise, visto tratar-se de um aborto com autorização judicial, ocorrido com 19 semanas de gestação, neste o feto nasceu respirando e foi levado a UTIN para receber medidas de conforto, falecendo no mesmo dia. Restando a análise em 28 óbitos neonatais.

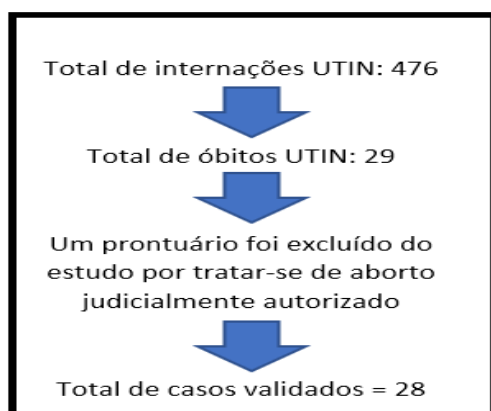


Figura 1 - Fluxograma para seleção de prontuários

Os dados foram coletados tanto dos prontuários do recém-nascidos que vieram a óbito quanto das gestantes.

Quanto aos riscos inerentes ao RN foram analisados Baixo Peso ao Nascer (Os grupos de peso foram construídos em grupos de 500 g (500 g a 999 g, 1.000 g a 1.499 g, 1.500 g a 1.999 g, 2.000 g a 2.499 g e 2.500 g ou mais)), idade gestacional (subdividido entre 20 semanas e zero dia até 27 semanas e 6 dias: pré-termo extremo; 28 semanas e zero dia até 33 semanas e 6 dias: pré-termo; 34 semanas e zero da até 36 semanas e 6 dias: pré-termo tardio; acima de 37 semanas completas: parto a termo); Avaliamos também o tempo de sobrevivência, subdividindo os óbitos em neonatal precoce (0-6 dias), neonatal tardia (7-27 dias) e pós-neonatal (28-364 dias.)

Para análise estatística dos fatores de risco maternos, dividimos os fatores da seguinte forma: As idades maternas foram agrupadas em  $\leq 15$  anos, 16 a 25 anos, 26 a 34 anos e  $\geq 35$  anos; A escolaridade materna foi agrupada em até ensino fundamental completo; até o ensino médio completo; graduação completa ou mais; e não informado. O número de consultas pré-natal foi agrupado em  $< 6$  consultas e  $\geq 6$  consultas. Por fim o tipo de parto foi subdividido em vaginal ou cesárea.

Toda análise estatística foi feita com os programas Epi-Data e analisados através do programa Epi-Info 6.04.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período compreendido entre agosto de 2018 e dezembro de 2021, 476 neonatos necessitaram de internação na UTIN em Araranguá. Destes 28 foram a óbito durante a internação na UTIN, sem que nenhum ultrapassasse a barreira da mortalidade neonatal tardia. A mortalidade neonatal precoce prevaleceu, foram 78,57% dos óbitos, superando em mais de três vezes a mortalidade neonatal tardia, que foi de 21,43%. Estes resultados estão de acordo com o descrito na literatura, onde a maioria dos óbitos neonatais se dão no período da neonatalidade

precoce (SANTANA, 2019; GOULART, 2006). Quando relacionamos o tempo de sobre vida com o sexo do neonato encontramos uma pequena diferença em relação aos sexos, com uma maior prevalência no sexo feminino (53,57%), quando comparado com o sexo masculino (42,86%) ou ainda com neonatos com sexo indeterminado (3,57%) (Tabela 1). A constatação registrada neste trabalho difere um pouco da constatada em diversos estudos, que apresentam o risco maior de

mortalidade para RNs do sexo masculino, quando comparado com o sexo feminino (MARAN, 2009). O resultado encontrado nesta pesquisa vai de encontro à teoria da vulnerabilidade masculina, para a qual a morte de RNs se dá de forma predominantemente nos RNs masculinos (MIRANDA, 2022). Contudo um estudo realizado em Goiânia em 2019 chegou ao mesmo resultado que este estudo, sendo a mortalidade em meninas mais prevalentes que em meninos (SALOIO, 2020).

**Tabela 1** – Relação comparativa entre mortalidade infantil: Tempo de sobrevida

Variáveis	Mortalidade neonatal precoce	Mortalidade neonatal tardia	Total
Sexo masculino	25%	17,86%	42,86%
Sexo feminino	50%	3,57%	53,57%
Sexo indeterminado	3,57%	00	3,57%
Totais	78,57%	21,43%	

Quando analisamos tão somente a idade gestacional de nascimento dos neonatos que foram a óbito na UTIN, verificamos que 17,86% nasceram a termo, e que a grande maioria 82,14% nasceram de forma pré-matura. Pode -se observar que quanto menor a idade gestacional a época do parto maior o índice de mortalidade, saindo dos 17,86% para os RNs a termo, caindo esse índice nos RNs a termo tardio para 10,71%, subindo para 25% nos casos de RNs pré-termo e chegando-se ao número de 46,43% quando falamos de recém-nascidos pré-termo extremo. É de amplo conhecimento que baixo peso ao nascer e prematuridade são os principais preditores do risco de óbito ao recém-nascido e que quanto mais tenra a idade gestacional a época do

parto maiores as chance do óbito neonatal (OLIVEIRA, 2010).

Observou-se que sete casos foram diagnosticados com suspeita de más-formações congênicas, sendo um caso de anencefalia e seis casos de más-formações cardíacas. Nenhum RN pré-maturo extremo que veio a óbito tinha suspeita de má-formação. Já quando falamos de dos RN pré-termo, o número de suspeita más-formações foi de 28,57%. Ao analisarmos os RNs a termo tardio verificamos a incidência de suspeita de malformação genética em 33,33% dos óbitos. Por fim a 80% dos RNs a termo que viram à óbito tinham suspeitas de malformações ou congênita ou genéticas. (Tabela 2)

**Tabela 2** – Idade gestacional no parto dos óbitos registrados na UTIN

Variáveis	Pré-termo extremo	Pré-termo	Pré-termo tardio	A termo	Totais Por sexo
Sexo masculino	17,86%	10,71%	7,14%	7,14%	42,86%
Sexo feminino	28,57%	10,71%	3,57%	10,71%	53,57%
Sexo indeterminado	0%	3,57%	0%	0%	3,57%
Totais por idade gestacional	46,43%	25%	10,71%	17,86%	100%
Percentual de suspeita de malformações por idade gestacional	0%	28,57%	33,33%	80%	

Sem dúvidas o baixo peso ao nascer, juntamente com idade gestacional do nascimento são os fatores de risco mais importantes na análise de viabilidade neonatal (SALOIO, 2020; LANSKY, 2014; GOULART, 2006). Quanto menor o peso de RN maior a chance de internação de longo prazo e maiores a chance de óbito neonatal (MOURA et al., 2020). A maioria dos estudos demonstra que os RNs com menos de 1.500 gramas são os mais susceptíveis para o desfecho morte (LANSKY et al., 2014). O risco do desfecho óbito para um RN com menos de 1.500 gramas é trinta vezes maior quando

comparado com um RNs de 2.500 gramas ou mais (MOTA BUGES, 2020). Encontramos 42,86% dos óbitos neonatais em RNs que nasceram com até 999 gramas. Em conformidade com as pesquisas os índices vão diminuindo com o aumento do peso dos RNs, atingindo 17,86% nos RNs entre 1.000g/1.499g, os mesmos 17,86% entre 1.500g/1.999g, caindo para 3,57% para os RNs entre 2.000g/2.499g e oscilando positivamente nos RNs acima de 2.500 gramas para o índice de 17,86% (Tabela 3)

**Tabela 3** - Peso ao nascer

Variáveis	500g/999g	1.000g/1.499g	1.500g/1.999g	2.000g/2.499g	Mais de 2.500g
Sexo masculino	14,29%	14,29%	7,14%	0%	7,14%
Sexo feminino	28,57%	3,57%	7,14%	3,57%	10,71%
Sexo indeterminado	0%	0%	3,57%	0%	0%
Totais por peso	42,86%	17,86%	17,86%	3,57%	17,86%

Ao analisarmos os fatores de risco maternos subdividimos estes fatores em quatro categorias, quais sejam: idade materna, escolaridade materna, número de consultas pré-natal e tipo de parto.

Dois fatores maternos que estão intimamente ligados ao baixo peso ao nascer são a idade materna e o nível de escolaridade. A Pesquisa Nascer no Brasil concluiu que gestantes com mais de 35 anos de idade teriam maior probabilidade de partos pré-maturos (LANSKY, 2014). Neste caso em concreto não encontramos esta associação, muito pelo contrário, encontramos o maior índice de prematuridades em plena idade reprodutiva. Na faixa etária entre 16 e 25 anos, encontramos 52,17% dos partos pré-maturos. Se ampliarmos a idade para os até 34 anos teríamos 73,91% dos partos prematuros registrados (Tabela 4).

Quanto a escolaridade, a Pesquisa Nascer no Brasil demonstrou que um terço das mães tinham menos de oito anos de estudo (LANSKY, 2014). Embora em nossa coleta em 35,71% dos casos o não houvesse o registro de escolaridade, o índice de escolaridade inferior a oito anos de estudo foi de 32,14%, muito similar ao da pesquisa, mas

provavelmente seria superior se tivéssemos o registro de todas as gestantes (Tabela 4).

É necessário salientar a importância do pré-natal, um procedimento relativamente barato e que reduz em muito a mortalidade infantil. Estudos demonstram que a não realização de nenhuma consulta de pré-natal aumenta em mais de oito vezes a chance de óbito neonatal (MOTA BUGES, 2020; OLIVEIRA, 2010). Em nossa análise constatamos que 53,57% das gestantes haviam realizado mais de seis consultas de pré-natal e que 46,43% haviam realizado um número inferior a este de consultas. Destas últimas todos os partos foram com idade gestacional inferior ou igual a 33 semanas e 6 dias (Tabela 4).

Por fim, alguns estudos demonstram um pequeno efeito protetor no parto cesáreo quando comparado como o parto vaginal (LANSKY, 2014), enquanto para outros é fator de risco (MOURA, 2020). Em nosso estudo encontrou-se exatamente o mesmo índice de tipos de parto nos óbitos, foram 50% dos casos para cada tipo de parto (Tabela 4).

**Tabela 4** - Fatores maternos associados de acordo com a idade gestacional

Variáveis	Pré-termo extremo	Pré-termo	Pré-termo tardio	A termo	Totais
<b>Idade Materna</b>					
<15	0%	0%	0%	0%	0%
16 a 25	25,00%	14,29%	3,57%	7,14%	50%
26 a 34	7,14%	10,71%	0%	10,71%	28,57%
>ou=35	14,29%	0%	7,14%	0%	21,43%
<b>Escolaridade</b>					
Até ensino fundamental completo	10,71%	10,71%	7,14%	3,57%	32,14%
Até ensino médio completo	14,29%	7,14%	0%	7,14%	28,57%
Ensino superior ou maior	3,57%	0%	0%	0%	3,57%
Não registrado	17,86%	7,14%	3,57%	7,14%	35,71%
<b>Consultas de pré-natal</b>					
<6	35,71%	10,71%	0%	0%	46,43%
> ou = 6	10,71%	14,29%	10,71%	14,29%	53,57%
<b>Tipo de parto</b>					
Vaginal	28,57%	10,71%	0%	10,71%	50%
Cesárea	17,86%	14,29%	10,71%	7,14%	50%

## CONCLUSÃO

A mortalidade neonatal reflete a qualidade de vida de uma população, reflete o acesso desta população à saúde pública, educação e cuidados básicos.

Os fatores de risco evitáveis estão intimamente ligados ao RN, gestante e serviços públicos prestados ao binômio gestante-feto.

Acesso à educação em saúde, da população em geral, leva a uma maior conscientização da importância de conduzir uma gestação com acompanhamento, evitando assim os riscos indesejáveis.

Políticas públicas, com investimento que propiciem a todas as gestantes o acesso ao pré-natal, são essenciais na minimização de qualquer risco, e na hora do parto é indispensável o atendimento célere e de qualidade tanto à gestante como ao RN.

Diante destes dados salientamos a importância dos investimentos na atenção básica para propiciar o acesso amplo ao pré-natal, investimentos na atenção hospitalar para nos casos necessários prestarmos o atendimento adequado a mãe e ao RN, mas principalmente investimento em educação, para que toda a sociedade tenha a real importância do que é um pré-natal bem realizado e o quanto esta medida pode minimizar os riscos de desfechos indesejáveis.



## BIBLIOGRAFIA

- BURNS, D. A. R. C. J.; DIOCLÉCIO; SILVA, LUCIANA RODRIGUES; BORGES, W. G. **Tratado de pediatria : Sociedade Brasileira de Pediatria**. 4ª Edição ed. Barueri: Manole, 2017.
- GARCIA, L. P.; FERNANDES, C. M.; TRAEBERT, J. Risk factors for neonatal death in the capital city with the lowest infant mortality rate in Brazil. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 95, n. 2, p. 194–200, 2019.
- GOULART, A. P. et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de sepse neonatal precoce em hospital da rede pública do Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 2, p. 148–153, 2006.
- HIRATA, M. C.; OSÓRIO, L.; RODRIGUES, L. R. MORTALIDADE NEONATAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-PR NOS ANOS DE 2006 A 2016 E SUA RELAÇÃO COM FATORES DE RISCO SELECIONADOS A taxa de mortalidade infantil ( TMI ) pode ser considerada um dos mais importantes indicadores de saúde de uma população , e a saúde. **Revista Thêma et Scientia**, v. 9, p. 205–218, 2019.
- KLIEGMAN, ROBERT M.; STANTON, BONITA F.; SCHOR, NINA F.; ST. GEME III, JOSEPH W.; BEHRMAN, R. E. . **Nelson Tratado de Pediatria**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2014.
- LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S192–S207, 2014.
- MARAN, E.; UCHIMURA, T. T. Mortalidade Neonatal: fatores de risco em um município no sul do Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 29–38, 2009.
- MARTINS, MÍLTON DE ARRUDA; CARRILHO, FLAIR JOSÉ; ALVES, VENÂNCIO AVANCINI FERREIRA; CASTILHO, EUCLIDES AYRES DE; CERRI, G. G. (EDS). **Clínica Médica [2ed. ampl. rev.]**. 2. ed. BARUERI: Manole, 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria no 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto** Diário Oficial da União, 2006.
- MIRANDA, H. R. DE; MARCELLA, A.; DIAS, N. Causas evitáveis de morte fetal na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora , MG - Brasil , no período de 2017 a 2019 Preventable causes of fetal death at the Santa Casa de Misericórdia in Juiz de Fora , MG - Brazil , in the period from 2017 to 2019. **Brazilian Journal of Health Review**, p. 1518–1535, 2022.
- MOTA BUGES, N.; RODRIGUES COELHO, J.; BATISTA DE ARAÚJO SILVA, N. Fatores Evitáveis Para Mortalidade Neonatal: Uma Revisão Narrativa Da Literatura. **Amazônia Science and Health**, v. 8, n. 1, p. 2–14, 2020.
- MOURA, B. L. A. et al. Factors associated with hospitalization and neonatal mortality in a cohort of newborns from the unified health system in São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1–14, 2020.
- NOBREGA, A. A. DA et al. Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: análise epidemiológica segundo a classificação de Wigglesworth modificada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 1–13, 2022.
- OLIVEIRA, E. F. V. DE; GAMA, S. G. N. DA; SILVA, C. M. F. P. DA. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 567–578, 2010.
- PINHEIRO, C. E. A.; PERES, M. A.; D'ORSI, E. Aumento na sobrevivência de crianças de grupos de peso baixo ao nascer em Santa Catarina. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 776–784, 2010.
- SALOIO, C. Á. et al. Magnitude e determinantes da mortalidade neonatal e pós-neonatal em Goiânia, Goiás: um estudo de coorte retrospectivo, 2012. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 5, p. e2020132, 2020.
- SANTANA, V. et al. Indication of neonatal palliative care: need for a guideline? **Residência Pediátrica**, v. 9, n. 3, p. 275–283, 2019.

## ANEXOS

## NORMAS PUBLICAÇÃO ITPAC

**NORMAS PARA A PREPARAÇÃO DE  
ARTIGOS, ENSAIOS, REVISÃO DE LITERATURA,  
RELATO DE CASO, RESENHAS E RESUMOS**

Márcia Maria Savoine<sup>4</sup>, Fabiana de Andrade Bringel<sup>1</sup>, Kerlla de Souza Luz<sup>5</sup>

As instruções abaixo são fornecidas de forma a lhe auxiliar na preparação dos trabalhos científicos a serem submetidos à Revista Científica do ITPAC. Por favor, leia e siga as recomendações apresentadas antes de enviar o seu trabalho. O documento não deverá ultrapassar 800 *Kbytes* e deverá ser enviado por correio eletrônico. O seu trabalho será publicado exatamente na formatação como foi enviado, portanto proceda a devida correção gramatical antes do envio. O resumo deve conter de **100 a 250** palavras e não deve ultrapassar a primeira página.

**Palavras-Chave:** Divulgação. Ciência. ITPAC.

The following instructions are provided in order to assist you in preparing the papers to be submitted to the Journal Scientific of ITPAC. Please read and follow the recommendations presented before sending your work. The document should not exceed 800 Kbytes and should be sent by electronic mail. Their work will be published in the format exactly as sent, so do a proper fix grammar before submission. The abstract should contain 100-300 words and must not exceed the first page.

**Keywords:** Disclosure. Science. ITPAC.

**IMPORTANTE:**

**Os trabalhos submetidos na Revista Científica do ITPAC devem ser totalmente inéditos. Não devem ter sido apresentados em congressos ou publicados parcialmente ou integralmente em quaisquer outros meios de divulgação científica ou midiáticas.**

---

<sup>4</sup> Coordenação de Pesquisa; Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos - UNITPAC; Av. Filadélfia, 568; Setor Oeste; CEP: 77.816-540; Araguaína - TO. Email: pesquisa@itpac.br, fabiana@itpac.br.

<sup>5</sup> Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Engenharia Elétrica, Instituto de Tecnologia; Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte - CEP: 70910-900 - Brasília - DF - Brasil; Brasília-DF. Email: kesll@yahoo.com.

## 1. DIGITAÇÃO

### 1.1 Instruções para Digitação

Utilize o editor de texto Word, formato DOC ou DOCX.

a. *Dimensões:* Deve ser submetido em papel A4 (21x29,7 cm), em formato vertical (“orientação retrato” na configuração de página de seu computador). A não adequação do seu artigo as normas aqui apresentadas resultará em sua rejeição.

b. *Extensão:* Os trabalhos deverão ter um mínimo de três (3) e o máximo de vinte (20) páginas.

c. *Margens e colunas.* Após formatado, o seu trabalho deve apresentar as dimensões especificadas abaixo:

- Margens direita e esquerda: 1,50 cm.
- Margem superior: 2,85 cm.
- Margem inferior: 3,00 cm
- Espaçamento entre as colunas: 0,60 cm.

Deve ser utilizado um espaçamento simples entre as linhas. Os textos deverão ser digitados em duas colunas com 8,7 cm. No entanto, o título do trabalho, nome, endereço e resumo devem estar numa única coluna, com no máximo 15 cm de comprimento, e também possuir entrelinhamento simples entre cada parágrafo. Pule uma linha entre cada parágrafo e evite iniciar uma nova coluna com a última linha do parágrafo anterior.

Utilize entrada de parágrafo de 1,25cm.

4. *Tamanho da Fonte.* Use a fonte Book Antiqua, com os corpos 14 [para o título do trabalho], 12 [título das seções], 10 [endereço, legenda de imagens e tabelas, resumos em português e inglês e referências] e 11 [para o nome do(s) autor(es) e o corpo do trabalho incluindo as referências ]. Não use texto manuscrito.

### 1.2 Formatação

a. *Título/Autor/Endereço.* As informações sobre o título e autor(es) devem aparecer, centralizadas, apenas na primeira página com 2,85

cm do topo da página. O título deve estar em letras maiúsculas e em negrito, com no máximo 15 palavras, tanto em Português como em Inglês.

Pule uma linha e escreva, também em negrito, o nome do(s) autor(es) usando letras maiúsculas e minúsculas. Após o nome de cada autor, acrescente nota de rodapé (somente nesta primeira página), apontando o curso, a universidade, o endereço e o email. Sendo que autores de uma mesma instituição devem ter a mesma nota de rodapé.

b. *Palavras-chaves/Resumo.* Pule uma linha para separar o contato dos resumos tanto em português, como em inglês. As palavras-chaves devem ser centralizadas, em coluna única, e localizadas uma linha após o resumo. Escreva no máximo quatro (4) palavras-chaves separadas por ponto final. O resumo deve conter de 100 a 300 palavras para cada versão [português e inglês] e tanto resumo como abstract não devem ultrapassar a primeira página do artigo. As palavras-chaves devem vir em ordem alfabética.

c. *Texto do trabalho.* Inicie o texto na segunda página com colunas e faça a devida formatação. Para isto, vá ao comando “inserir”, no topo da tela de seu computador, e selecione a opção “quebra”. Marque em “quebra de seção contínua”. Em seguida, também no topo da tela, vá ao comando “formatar”, no comando “coluna”, indique “duas” e certifique-se que elas estejam com 8,7 cm de largura e 0,6 de espaçamento entre elas. Feito isto você estará pronto para iniciar a digitação do corpo do texto.

Pule uma linha após a Keywords e inicie o texto. Mantenha o texto alinhado sempre “Justificado”, sem hifenização. Numere os capítulos (1, 2, 3...) e subcapítulos (1.1, 1.2, 2.3...). Se a última página do trabalho não estiver completa, distribua o texto nas duas colunas de forma a que apresente uma extensão de aproximadamente igual tamanho.

d. *Agradecimentos.* Caso seja necessário incluir agradecimentos, coloque-os antes das referências sob o título “AGRADECIMENTOS”.

e. *Notas de rodapé.* Não devem ser incluídas. Caso seja necessário, inclua-as no corpo do texto.

Outras informações podem ser incluídas após os AGRADECIMENTOS como Notas Finais.

## 1.2 Numeração das Páginas

As páginas não devem ter numeração. Cada Trabalho deverá ter de 3 (três) a 20 (vinte) páginas.

## 2. ESTILO DO TEXTO

### 2.1. Títulos

Siga o estilo dos títulos constante nesta folha de instrução. Eles devem seguir a seguinte orientação:

*a. Capítulos.* Devem ser digitados em negrito, com letras maiúsculas, tamanho da fonte 13 (p.ex. **ESTILO DO TEXTO**), com uma linha antes e outra após.

*b. Subcapítulos.* Devem ser digitados em negrito, com letras maiúsculas e minúsculas e tamanho da fonte 12 (p.ex. **2.1. Títulos**), com uma linha antes e outra após.

*c. Sub-subcapítulos.* Devem ser digitados em itálico, tamanho da fonte 12 com letras maiúsculas e minúsculas (p.ex. *Capítulos*), com uma linha antes e outra após. Apenas a primeira letra da primeira palavra deve ser maiúscula, a menos que o título seja constituído por nomes próprios.

### 2.2 Referências

As referências devem ser localizadas no final do texto, listadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor, sem espaçamento entre as referências. Siga as normas da ABNT, como mostrado no item 4. (Referências) deste modelo.

### 2.3 Citações

As citações no texto colocadas entre parênteses devem conter o sobrenome do autor em maiúscula e o ano da publicação (p.ex. (SOARES, 1999)). As citações inseridas no corpo do texto deverão apenas ter a inicial em maiúscula, além de, ano de publicação entre parênteses (p. ex. De acordo com Soares (1999)).

As citações diretas (transcrições) com até 3 linhas deverão vir com entrada de parágrafo, e as com mais de 3 linhas deverão ter o tamanho da

fonte reduzida para 10 e alinhadas a direita à 2cm, sem entrada de parágrafo.

*2.3.1 Citações de entrevistas gravadas e/ou repostas de questionários escritos ou gravados*

As citações de forma literal e descritiva devem ser apresentadas em texto *itálico* tamanho 10 com marcador padrão, separadas por uma linha do texto que o segue. Exemplo abaixo:

- *“Para exemplificar, tem-se este texto que serve de base e padrão para citações referidas deste tópico.”*

Em seguida pode-se seguir o texto como exemplificado aqui.

### 2.4 Tabelas, Gráficos e Figuras

No caso do uso de tabelas, gráficos e figuras, estes já deverão estar incluídos na formatação e sempre juntos ao texto ao qual se referem, ocupando a largura de uma ou duas colunas. As legendas de gráfico e figuras devem estar localizadas logo abaixo das imagens (pular uma linha) e alinhadas a esquerda. Pular uma linha para continuar o texto. Utilize imagens nos formatos TIF, GIF, JPEG, BMP, CGM ou WMF respeitando o tamanho de 500 *kbytes* para todo o arquivo. Em casos excepcionais consultar o Editor desta Revista.

Exemplos para os mesmo segue a seguir:

**Tabela 1.** Exemplo de Tabela

Ex emplo 1	Ex emplo 2	Ex emplo 3	Ex emplo 4
2	Ex	Ex	Ex
	22	23	24
3	Ex	Ex	Ex
	32	32	34
4	Ex	Ex	Ex
	42	43	44

Fonte: IGBE, 2017

**Quadro 1.** Exemplo de Quadro

00	Exempl o 01	Exempl o 02
Quadr o 001	Texto exemplo1	Texto exemplo1

o 002	Quadr	Texto	Texto
	exemplo2	exemplo2	exemplo2

Fonte: IPEA, 2018

Para gráficos e outros correlatos segue exemplo:

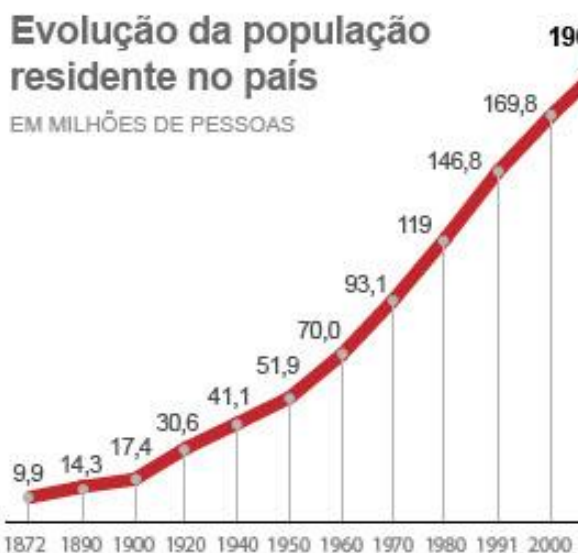


Figura 2. Exemplo de gráfico para o artigo

Fonte: Censo 2010/IBGE, in: G1.com

Para imagens, fotos e outros correlatos segue exemplo:



Figura 1. Exemplo de imagem para o artigo

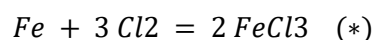
Fonte: UNITPAC, 2017.

## 2.5 Fórmulas e Equações

As fórmulas e equações numéricas e/ou algébricas devem ser digitadas utilizando os modelos de equação do Word ou semelhante, deve estar centralizada, com espaçamento antes e depois de parágrafo de 0,6 cm, em linha própria e identificada por letra, número ou caractere entre parênteses no mesmo espaço da fórmula como segue o exemplo:

$$f(x) = \frac{d}{dx}(x^2 + y) \quad (1)$$

Formulas químicas podem ser colocadas junto ao texto (p. ex. Fe<sub>2</sub>O<sub>3</sub>), porém algo mais extenso como um cálculo estequiométrico deve seguir um padrão supracitado.



Segue-se o texto em conformidade com os padrões

## 3. RESUMO DE TESE OU DISSERTAÇÃO

Texto livre, como fora publicado em Tese ou Dissertação. Deverá conter: Título centralizado, negrito e letras maiúsculas; na linha abaixo deverá conter o nome do autor; em nota de rodapé, transcreva a origem (IES) e orientador, dentre outras informações que achar relevante; siga de texto livre (Times New Roman, 11) e logo abaixo palavras-chaves (negrito).

## 4. REFERÊNCIAS

Texto livre, como fora publicado em Tese ou Dissertação. Deverá conter: Título centralizado, negrito e letras maiúsculas; na linha abaixo deverá conter o nome do autor; em nota de rodapé, transcreva a origem (IES) e orientador, dentre outras informações que achar relevante; siga de texto livre (Book Antigua, 11) e logo abaixo palavras-chaves (negrito). Como exemplo:

### Artigo de Periódicos

PINTO, T. M. C.; SAVOINE, M. M. Estudo sobre TI Verde e sua Aplicabilidade em Araguaína. Revista Científica do ITPAC, v.4, n.2, pub.3, 2011.

**Livros**

TAKESHY, T.; MENDES, G. Como Fazer Monografia na Prática. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. 150p.

**Dissertações e Teses**

LIRA, O. B. N. Qualidade de Vida no Trabalho: Estudo de Caso na Base Operacional da CIFARMA. Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 2009. 72p. Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

**Fontes Eletrônicas**

VIANNA, G. R.; ARAGÃO, F. J. L. Procedimento de operação, manutenção e verificação de desumificador. Brasília: Embrapa Recursos Genéticos e Biotecnologia, 2008. (Embrapa Recursos Genéticos e Biotecnologia. Circular técnica, 74). Disponível em: <<http://www.cenar.gen.embrapa.br/publica/trabalhos/ct074.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2009.

**Referências diversas de mesmo autor**

Seguir o padrão ABNT

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA CAAE 57735522.6.0000.0121

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** RELAÇÃO ENTRE MORTALIDADE E FATORES DE RISCO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UM HOSPITAL DO EXTREMO SUL CATARINENSE.

**Pesquisador:** CARLOS EDUARDO ANDRADE PINHEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 57735522.6.0000.0121

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.386.751

**Apresentação do Projeto:**

Segundo os pesquisadores:

Neste estudo avaliaremos a quantidade de óbitos neonatais, sua causa e alguns fatores de risco selecionados que estavam associados àquela gestação, desde a inauguração da UTI neonatal de um Hospital Público do extremo Sul catarinense.

Nossa principal hipótese é que como na grande maioria dos casos brasileiros a mortalidade neonatal está intrinsecamente ligada a fatores de risco evitáveis.

Acreditamos que iremos identificar na grande maioria dos casos fatores de risco que seriam plenamente contornáveis com acesso adequado ao pré-natal, educação dos pais e aumento do desenvolvimento econômico das famílias.

No presente trabalho será realizado um estudo retrospectivo, do tipo série histórica, pesquisa exploratório-descritiva de abordagem quantitativa que incluiu a seguinte estratégia metodológica: pesquisa documental em prontuário. Será realizado um estudo ecológico retrospectivo com caráter descritivo com abordagem quantitativa dos casos de RNs que perderam a vida enquanto internados na UTIN para avaliarmos os fatores de risco presentes.

**Critério de Inclusão:**

Serão objeto da pesquisa prontuários dos seguintes recém-nascidos:

- que necessitaram de internação na UTIN do Hospital e que faleceram durante a internação, antes

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 5.386.751

de completarem um ano de vida;

- Somente serão analisados somente prontuários no período 08 de agosto de 2018 (inauguração da UTIN) a 31 de dezembro de 2021.

**Critério de Exclusão:**

Não serão objeto da pesquisa os prontuários de:

- Óbitos fetais;
- Óbitos superiores a 365 dias de vida
- Recém-nascidos que não necessitaram de internação na UTIN
- Recém-nascidos que obtiveram alta hospitalar

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo os pesquisadores:

**Objetivo Primário:**

a. Objetivo geral

Analisar a relação entre mortalidade e fatores de risco de uma UTI neonatal do Extremo sul catarinense.

**Objetivo Secundário:**

b. Objetivos específicos

- Identificar o número de RNs que necessitaram de internação na UTIN de um hospital público do extremo sul catarinense;
- Identificar o número de óbitos de uma UTIN de um hospital público do extremo sul catarinense
- Identificar o tempo de sobrevivência dos RNs que foram a óbito na UTIN de um hospital público do extremo sul catarinense.
- Identificar os fatores de risco que concorreram para o óbito de RNs na UTIN em um hospital público do extremo sul catarinense;
- Identificar os fatores de risco materno que concorreram para o óbito de RNs que faleceram na UTIN em um hospital público do extremo sul catarinense;
- Identificar a causa mortis dos óbitos ocorridos na UTIN de um hospital público do extremo sul catarinense.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores:

**Riscos:**

A pesquisa será elaborada em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde(10).

Este projeto apresenta os riscos inerentes ao recolhimento e manipulação das informações do prontuário. Com o intuito de diminuir esse risco todo o material coletado será arquivado em um

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br



Continuação do Parecer: 5.386.751

único computador, o computador pessoal do pesquisador. Ele é de uso exclusivo do proprietário e protegido por senha de acesso.

As informações coletadas serão armazenadas por 5 anos no local de armazenamento.

**Benefícios:**

O benefício esperado da pesquisa é promover a discussão sobre os cuidados que são habitualmente ofertados aos recém-nascidos que não tem perspectiva de saírem com vida da unidade de terapia intensiva neonatal. Esperamos que essa discussão produza efeitos positivos sobre os profissionais da área de saúde, incentivando a melhoria do fluxo do serviço, tanto no que tange as suas habilidades técnicas como a sua capacidade

de reflexão sobre os temas de bioética e mortalidade neonatal, aprimorando a qualidade dos serviços prestados e incentivando novos estudos sobre o tema.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide Campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide Campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Vide Campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1914883.pdf	11/04/2022 10:46:49		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	11/04/2022 10:45:48	ANDERSON MARTINS VIDALETI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_UFSC_HRA_PROJETO_DE_PESQUISA_MORTALIDADE_INFANTIL.pdf	18/03/2022 09:29:05	ANDERSON MARTINS VIDALETI	Aceito
Cronograma	TCC_UFSC_HRA_CRONOGRAMA_PROJETO_DE_PESQUISA_MORTALIDADE_INFANTIL.pdf	18/03/2022 09:27:50	ANDERSON MARTINS VIDALETI	Aceito
Outros	HRA_M0179_Termo_de_Confidencialidade_e_sigilo CEP 2.pdf	18/03/2022 09:24:12	ANDERSON MARTINS VIDALETI	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.386.751

Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_DE_ACEITE_HRA.pdf	18/03/2022 09:22:57	ANDERSON MARTINS VIDALETI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	HRA_M0178_Isencao_de_Termo_de_TCLE.pdf	18/03/2022 09:22:03	ANDERSON MARTINS VIDALETI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 04 de Maio de 2022

---

**Assinado por:**  
**Nelson Canzian da Silva**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br