



DEBORAH DETTIMANN ARAUJO

**TENDÊNCIA DA PREMATURIDADE, BAIXO PESO AO
NASCER E MORTALIDADE NEONATAL NA ÚLTIMA
DÉCADA EM SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2024



DEBORAH DETTIMANN ARAUJO

**TENDÊNCIA DA PREMATURIDADE, BAIXO PESO AO
NASCER E MORTALIDADE NEONATAL NA ÚLTIMA
DÉCADA EM SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edvard José de Araújo
Professora Orientadora: Prof^a. Ma. Anelise Steglich Souto**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2024

Ao meu sobrinho Gael da Silva Ribeiro Dettimann, nascido com 1905 gramas, 32 semanas e irá realizar 3 anos no dia 17/12/2024.

RESUMO

Introdução: Indicadores como mortalidade neonatal, baixo peso ao nascer e prematuridade podem orientar a avaliação da qualidade da assistência perinatal, refletindo diretamente na saúde dos recém-nascidos. Além disso, são influenciados por uma série de fatores, incluindo condições socioeconômicas, acesso a cuidados pré-natais e a qualidade da assistência neonatal. **Objetivo:** Analisar as taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal em Santa Catarina entre 2013 e 2022. **Método:** Trata-se de um estudo transversal e observacional baseado em dados secundários coletados no DATASUS, abrangendo indicadores de prematuridade (nascimentos antes de 37 semanas), baixo peso ao nascer (peso <2500g) e mortalidade neonatal (óbitos dentro dos primeiros 28 dias de vida). **Resultados:** No período de 2013 a 2022, a taxa média de prematuridade foi de 10,73%. O baixo peso ao nascer apresentou média de 7,94%, sendo o único indicador com tendência significativa de aumento, especialmente entre bebês com peso inferior a 1500g. A mortalidade neonatal manteve-se estável, com média de 7 óbitos por 1.000 nascidos vivos, sendo 74,9% dessas mortes concentradas na primeira semana de vida. A sobrevida dos prematuros mostrou-se fortemente dependente da idade gestacional e do peso ao nascer, variando de 44,48% para bebês de 22 a 27 semanas e alcançando 98,27% entre 32 a 36 semanas. **Conclusão:** O estudo aponta manutenção das taxas de prematuridade e mortalidade neonatal ao longo dos anos e tendência linear de aumento dos nascidos com baixo peso, além da correlação intrínseca entre esses três indicadores. Esses dados reforçam a importância de intervenções que melhorem a qualidade dos cuidados perinatais, visando reduzir a mortalidade neonatal e melhorar os desfechos para recém-nascidos prematuros.

Palavras-chave: prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade neonatal, saúde perinatal

ABSTRACT

Introduction: Indicators such as neonatal mortality, low birth weight and prematurity can guide the assessment of the quality of perinatal care, directly reflecting on the health of newborns. Furthermore, they are influenced by a number of factors, including socioeconomic conditions, access to prenatal care and the quality of neonatal care. **Objective:** To analyze the rates of prematurity, low birth weight and neonatal mortality in Santa Catarina between 2013 and 2022. **Method:** This is a cross-sectional and observational study based on secondary data collected in DATASUS, covering indicators of prematurity (births before 37 weeks), low birth weight (weight <2500g) and neonatal mortality (deaths within the first 28 days of life). **Results:** From 2013 to 2022, the average prematurity rate was 10.73%. Low birth weight had an average of 7.94%, being the only indicator with a significant upward trend, especially among babies weighing less than 1500g. Neonatal mortality remained stable, with an average of 7 deaths per 1,000 live births, with 74.9% of these deaths concentrated in the first week of life. Survival of premature babies was found to be strongly dependent on gestational age and birth weight, ranging from 44.48% for babies aged 22 to 27 weeks and reaching 98.27% between 32 and 36 weeks. **Conclusion:** The study points to the maintenance of prematurity and neonatal mortality rates over the years and a linear trend towards an increase in low birth weight births, in addition to the intrinsic correlation between these three indicators. These data reinforce the importance of interventions that improve the quality of perinatal care, aiming to reduce neonatal mortality and improve outcomes for premature newborns.

Keywords: prematurity, low birth weight, neonatal mortality, perinatal health

INTRODUÇÃO

A saúde perinatal envolve a saúde da mãe e do bebê durante o período que se estende desde as 22 semanas completas de gestação até 7 dias completos após o nascimento⁽¹⁾. Indicadores como mortalidade neonatal, baixo peso ao nascer e prematuridade podem orientar a avaliação da qualidade da assistência perinatal, refletindo diretamente na saúde dos recém-nascidos. Esses indicadores estão associados a diversas complicações que podem comprometer o desenvolvimento infantil e aumentar a mortalidade. Além disso, são influenciados por uma série de fatores, incluindo condições socioeconômicas, acesso a cuidados pré-natais e a qualidade da assistência neonatal^(2,3).

A mortalidade neonatal é calculada a cada 1.000 nascidos vivos, compreende o período de 28 dias do recém-nascido e pode ser dividida em mortalidade precoce (primeiros 7 dias de vida) e tardia. Já o baixo peso ao nascer é a classificação dada aos bebês que nascem com menos de 2500 gramas e ainda pode ser subdividida em: muito baixo peso ao nascer aos bebês que nascem com peso inferior a 1500 gramas e extremo baixo peso ao nascer aos bebês que nascem com peso inferior a 1000 gramas. Por sua vez, a prematuridade é a classificação dada a todos os nascidos com menos de 37 semanas completas de gestação (até 36 semanas e 6 dias);

No contexto global, a prematuridade é um problema crescente e impactante. Anualmente, cerca de 15 milhões de bebês nascem prematuros, o que equivale a mais de um em cada 10 nascimentos. As complicações associadas à prematuridade são a principal causa de mortalidade neonatal globalmente, representando cerca de 35% de todas as mortes neonatais⁽⁴⁻⁶⁾.

Bebês prematuros apresentam maior risco de complicações graves, como problemas respiratórios, infecções e hemorragias cerebrais, além de uma elevada probabilidade de baixo peso ao nascer, que por sua vez está associado a atrasos no desenvolvimento e maiores taxas de morbidade infantil⁽⁷⁻⁸⁾.

No contexto nacional, o Brasil é o 10º colocado no ranking mundial dos países com mais nascimentos prematuros⁽⁹⁾. O baixo peso ao nascer, por sua vez, atinge cerca de 8% dos recém-nascidos brasileiros, e essa condição está intimamente ligada à prematuridade e à mortalidade neonatal^(10,11).

As gestantes com menos de sete consultas de pré-natal têm maior chance de ocorrência de prematuridade, baixo peso ao nascer e óbito perinatal^(12,13). Além da depressão gestacional que apresenta quase quatro vezes mais chances de ter um filho com baixo peso⁽¹⁴⁾.

Na Região Sul do Brasil, em 2010, a prevalência de baixo peso ao nascer (< 2500g) foi de 8,7%, um dos maiores índices do país, podendo estar relacionado às elevadas taxas de cesarianas. Embora não seja uma prevalência alta, crianças com peso inferior a 1500g foram responsáveis por 42,1% dos óbitos infantis na Região Sul⁽¹⁵⁾.

Se tratando de Santa Catarina, em estudo recente foi visto que a tendência das taxas de prematuridade no estado estava estável, com média de 10,57% e aumento de 1,32% desde 2011 até 2021⁽¹²⁾.

A correlação entre esses três indicadores (prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal) é evidente e essencial para avaliar a saúde perinatal e os desafios de nascer no Brasil. A análise destas taxas permite identificar riscos específicos e áreas críticas de intervenção.

Dessa forma, o estudo presente visa verificar as taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal e analisar o comportamento das mesmas ao longo da última década em Santa Catarina, Região Sul do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de série transversal, observacional, com coleta de dados secundários.

Foram coletados e analisados dados de Estatísticas Vitais no Portal do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) dos últimos 10 anos disponíveis, ou seja, de 2013 a 2022, no filtro de Santa Catarina.

Para obtenção dos dados de prematuridade, foi aplicado o filtro de Nascidos Vivos e selecionados os de menores 37 semanas de gestação. Para obtenção dos dados de baixo peso ao nascer, foi aplicado o filtro de Nascidos Vivos e selecionados os dados de menores de 2500 g. Para cálculos das taxas de prematuridade e baixo peso ao nascer, foram excluídos os números “ignorados” para idade gestacional e para peso de nascimento respectivamente.

Para obtenção dos dados de mortalidade neonatal, aplicou-se inicialmente o filtro de "Mortalidade" e, em seguida, selecionaram-se os óbitos infantis e a faixa etária 1. Dessa faixa, foram extraídos os dados referentes aos óbitos ocorridos entre 0 a 27 dias de vida. Esses dados foram divididos, neste estudo, em duas categorias: mortalidade neonatal precoce, abrangendo os óbitos de 0 a 6 dias de vida, e mortalidade neonatal tardia, que inclui os óbitos entre 7 a 27 dias completos. Ainda, no mesmo filtro de “Mortalidade”, foram coletados os dados quanto ao peso e a duração da gestação ao nascer. Foram excluídos os menores de 22 semanas para essa análise.

Os cálculos dos indicadores, os gráficos de séries e as análises de tendência linear foram elaborados no Microsoft Office Excel. Para calcular a razão de prevalência, foi utilizado o software de domínio público Epi info 7.

Por utilizar exclusivamente dados secundários e disponibilizados publicamente, foi dispensada a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com as Resoluções 466/2012, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

RESULTADOS

No período estudado, ocorreram em média 96.423 nascimentos por ano e a prematuridade apresentou média de 10.339 e mediana de 10.395 - o que representa 10,73% do total de nascidos vivos. O maior percentual registrado foi de 11,15% em 2016, enquanto o menor foi de 10,47% em 2018. Do total de nascidos vivos, em apenas 0,37% deles a idade gestacional era desconhecida. A média de nascidos vivos classificados como baixo ao nascer foi de 7.643 e apresentou mediana de 7.733 - o que representa 7,94% do total destes. O maior percentual registrado foi de 8,60% em 2022, enquanto o menor foi de 7,72% em 2015. Na figura 1, estão dispostas as porcentagens de nascidos vivos prematuros e de baixo peso ao nascer ao longo dos anos analisados neste estudo.

A média dos 10 anos analisados de morte neonatal foi de 672 recém-nascidos ao ano. Com uma mediana de 679. A taxa média de mortalidade neonatal foi, então, de 7 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos. Destes, 74,9% ocorreram nos primeiros 7 dias de vida, classificados como mortalidade neonatal precoce. Na figura 2, pode-se observar as taxas em cada ano com a divisão entre mortalidade total, precoce (0 a 6 dias) e tardia (7 a 27 dias).

Na análise da classificação de baixo peso ao nascer, foi observado que: 57,7% dos nascidos vivos com extremo baixo peso (<1000g) e 15,68% dos nascidos vivos com peso entre 1000g e 1499g vieram a óbito dentro do período estudado. Ao compará-los, observou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,000001$) e com chance de mortalidade 7,78 vezes maior nos que apresentam menor peso (IC95% 7,14 a 8,49). Quando comparado mortalidade entre os nascidos vivos com peso entre 1000g e 1499g e os nascidos vivos com peso entre 1500g e 2499g também foi vista uma diferença estatisticamente significativa e chance de mortalidade 6,85 vezes maior nos que apresentam menor peso (IC95% 6,32 a 7,44). A porcentagem de sobrevida destes foi demonstrada na figura 3.

Ao analisar a sobrevida dos prematuros de acordo com a idade gestacional, verificou-se que sobreviveram 44,48% nos nascidos de 22 a 27 semanas, 87,22% nos nascidos de 28 a 31 semanas e 98,27% nos nascidos de 32 a 36 semanas de idade gestacional no período estudado. Quando comparados, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,000001$), os recém nascidos de 22 a 27 semanas possuem chance de mortalidade 8 vezes maior que os nascidos de 27 a 31. Da mesma forma, estes possuem chance de mortalidade 8 vezes maior que os nascidos de 32 a 36 semanas de idade gestacional. Estes resultados estão demonstrados na figura 4.

Na análise de tendência linear, observando as 3 variáveis do estudo, apenas o número de recém-nascidos com baixo peso ao nascer apresentou um coeficiente de determinação (R^2) com valor significativo de 0,822, podendo nos indicar uma tendência linear de aumento ao longo destes anos, elucidada na figura 5.

Os números absolutos de todos os dados coletados referentes aos anos estudados estão elencados na tabela (Anexo 1).

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou a manutenção das taxas de dois indicadores da saúde perinatal no estado de Santa Catarina – prematuridade e mortalidade neonatal.

A média da taxa de prematuridade no estado entre 2013 e 2022 foi de 10,75%, situando-se dentro do esperado em comparação com a média nacional de aproximadamente 11,1%. Mesmo assim, Santa Catarina apresenta um dos menores indicadores entre os estados.

A média de nascidos vivos com baixo peso em Santa Catarina ficou em 7,93% e a média nacional em 8,36% no período estudado. Sendo as Sul e Sudeste as maiores médias do país, com 8,66% e 9,17% respectivamente, ao ano.

Uma análise de mortalidade neonatal no Brasil com dados de 2007 a 2017 mostrou que Santa Catarina obtinha uma das menores taxas (7,48/1000)⁽¹⁶⁾ e com tendência de queda, mas neste estudo não foi possível identificar o mesmo feito. A média da taxa de mortalidade neonatal de 2013 a 2022 se manteve em aproximadamente 7,02 (7 óbitos a cada 1000 nascidos vivos) mas com tendência estacionária no período. A mortalidade neonatal precoce é responsável por 74,9% do total de óbitos neonatais, corroborando outros estudos⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ que identificaram a correlação da assistência ao pré-natal e parto e da atenção inadequada ao recém-nascido, na sala de parto e na unidade neonatal, com os óbitos na primeira semana de vida.

A mortalidade é inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso de nascimento. Neste estudo foi possível observar que garantir a duração da gestação de 28 a 31 semanas pode aumentar a chance de sobrevivência de em 95% quando se comparado aos prematuros nascidos com 22 a 27 semanas.

De forma parecida, garantir que o RN nasça com 1000 a 1500 gramas aumenta a chance de sobrevivência em 108% quando comparado aos prematuros nascidos com extremo baixo peso.

O indicador de maior destaque neste estudo é o baixo peso ao nascer, que mostrou uma tendência linear de crescimento de cerca de 1,4% ao ano. Novos estudos são necessários para confirmar se essa tendência continuará nos anos seguintes, analisando todas as variáveis. No Rio Grande do Sul, estado vizinho de Santa Catarina, observou-se uma tendência semelhante entre 1994 e 2004, com aumento na proporção de bebês nascendo com baixo peso⁽²⁰⁾.

Os números de mortalidade neonatal e prematuridade não apresentaram um coeficiente de determinação relevante para esta análise de 2013 a 2022, ou seja, foram menores de 0,7 e não apresentaram padrão de aumento ou diminuição sendo passíveis de análise de outras variáveis.

Em 2004, foi criado o “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, que tinha como um dos objetivos a redução da mortalidade neonatal em 75% até 2015⁽²¹⁾.

Apesar de Santa Catarina já apresentar melhores índices quando comparado à média nacional, desde este período (2015 até 2022) se alcançou a marca de 7 óbitos neonais a cada mil nascidos vivos que se mantém nos levantamentos mais recentes. Recomenda-se futuras pesquisas para identificar as causas dessa estagnação e entender como diminuir a taxa de mortalidade neonatal no estado⁽²²⁾.

A criação do Dia Mundial da Prematuridade, associado ao “Novembro Roxo”, foi promovida pela Federation of American Societies for Experimental Biology (FASEB) em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir de 2009, a data começou a ser amplamente divulgada no Brasil, tornando-se uma importante campanha de conscientização. É fundamental que os profissionais de saúde apoiem essa iniciativa, garantindo um acompanhamento adequado para gestantes e recém-nascidos prematuros^(23,24).

Estudos (2012-2019) evidenciam que mulheres com número de consultas pré-natal abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde apresentaram as maiores proporções de prematuridade para o período e com tendência crescente^(25,26). A assistência pré-natal é todo o auxílio e orientação dada às pacientes a respeito da gestação, bem como o apoio psicológico, exames de diagnóstico, rastreamento e as possíveis prevenções das intercorrências maternas no parto e nos desfechos neonatais⁽²⁷⁾, sendo um componente de atenção à saúde materno-infantil. Investir em cuidados pré-natais que visem o controle da prematuridade também ajuda a reduzir o risco de baixo peso ao nascer e, conseqüentemente, diminuir a mortalidade neonatal. Esse acompanhamento é essencial para detectar e tratar precocemente condições que podem comprometer o desenvolvimento do bebê, garantindo um melhor desfecho para a saúde do recém-nascido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mortality DB [Internet]. [citado 21 de outubro de 2024]. Perinatal conditions. Disponível em: <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/topic-details/MDB/perinatal-conditions>
2. Adriano AP S, Souta ES, Lopes LS, Santos MLS, Lobato MV, Sanches RP, et al. Mortalidade neonatal relacionada à prematuridade. *Res Soc Dev*. 2022;11(4):e27511421565–e27511421565.
3. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48:778–86.
4. Alves BO. 17/11 – Dia Mundial da Prematuridade: “Separação Zero: Aja agora! Mantenha pais e bebês prematuros juntos” [Internet]. Biblioteca Virtual em Saúde MS; 2024. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/17-11-dia-mundial-da-prematuridade-separacao-zero-aja-agora-mantenha-pais-e-bebes-prematuros-juntos/>
5. UNICEF. Neonatal mortality [Internet]. New York: United Nations Children's Fund; [citado 2024 nov 11]. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>
6. World Health Organization (WHO). Preterm birth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [citado 2024 nov 11]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2024 nov 11]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf
8. Parto prematuro pode ser evitado | Americas Serviços Médicos [Internet]. [citado 21 de outubro de 2024]. Disponível em: <https://www.americasmed.com.br/central-de-conteudo/informativos/parto-prematuro-pode-ser-evitado>
9. Agência Brasil [Internet]. 2022 [citado 21 de outubro de 2024]. Novembro Roxo: prematuridade é principal causa da mortalidade infantil. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-11/novembro-roxo-prematuridade-e-principal-causa-da-mortalidade-infantil>
10. Carvalho RM S, Oliveira MAS. Baixo peso ao nascer associado a fatores de risco maternos e neonatais. *Rev Sustinere*. 2023;11(1):251–62.
11. Pedraza DF, Souza MM, Cristóvão FS, França ISX. Baixo peso ao nascer no Brasil: revisão sistemática de estudos baseados no sistema de informações sobre nascidos vivos. *Pediatr Mod* [Internet]. 2014 [citado 11 de novembro de 2024]; Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-718697>
12. Venturi J, Venzon SV, Kretzer MR, Nunes RD. Tendência temporal de nascimentos prematuros no estado de Santa Catarina entre 2011 e 2021. *Femina*. 2023;51(7):436-42.
13. Baptistella IN, Fleig R, Pacheco VC, Souza ML, Pinheiro EB, Silva TR, et al. Assistência pré-natal e resultado perinatal. *Rev Bras Promoc Saúde* [Internet]. 2017 jun 6 [citado 2024 out 21];30(2):187-94. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5953>
14. Menezes LO, Pinheiro RT, Quevedo L A, Oliveira SS, Silva RA, Pinheiro KAT, et al. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. outubro de 2012 [citado 22 de outubro de 2024];28:1939–48. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6Ch8Jm6b8NDG4k5bkLdhNvf/abstract/?lang=pt>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde [Internet]. 2. ed.

atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf

16. Bernardino FBS, Gonçalves TM, Pereira TID, Xavier JS, Freitas BHBM, Gaíva MAM. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. *Cien Saude Colet*. 2022 fev 2;27:567-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232022000200567&tlng=pt
17. Schoeps D, Almeida MF, Alencar GP, França I Jr, Novaes HMD, Siqueira AAF, et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev Saúde Pública*. Dezembro de 2007;41(6):1013-22. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18066471/>
18. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública* [Internet]. agosto de 2014;30:S192-207. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ss5zQXrmrGrGJvcVMKmJdqR/?lang=pt>
19. Araújo BF, Bozzetti MC, Tanaka AC. Mortalidade neonatal precoce em Caxias do Sul: um estudo de coorte. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76(3):200-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18066471/>
20. Moraes AB, Zanini RR, Giugliani ERJ, Riboldi J. Tendência da proporção de baixo peso ao nascer, no período de 1994-2004, por microrregião do Rio Grande do Sul, Brasil: uma análise multinível. *Cad Saude Publica*. 2011 Feb;27:229-40. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2011.v27n2/229-240/>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Apresentação do Ministro da Saúde à Comissão de Assuntos Sociais [Internet]. Brasília (DF): Senado Federal; 2010 [acesso em 6 mar 2014]. Disponível em: https://www.senado.leg.br/comissoes/cas/ap/ano-de-2010/AP20100504_MINISTRO_DA_SAUDE_APRESENTACAO.pdf
22. Araújo GCSR, Barros FF. Mortalidade neonatal no sul do Brasil: tendência, componentes e evitabilidade entre 2011 e 2020. *Rev Saúde Pública Paraná*. 2023;6(3):1-19.
23. Estúdio GT. Sobre a data - Novembro Roxo | Prematuridade.com [Internet]. [acesso em 11 nov 2024]. Disponível em: <https://prematividade.com/novembroroxo/pagina/interna/sobre-a-data>
24. Alves BO. “Pequenas ações, grande impacto: contato pele a pele imediato para todos os bebês, em todos os lugares”: 17/11 – Dia Mundial da Prematuridade | Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]. [acesso em 11 nov 2024]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/pequenas-acoes-grande-impacto-contato-pele-a-pele-imediato-para-todos-os-bebes-em-todos-os-lugares-17-11-dia-mundial-da-prematividade/>
25. Martinelli KG, Dias BAS, Leal ML, Belotti L, Garcia ÉM, Neto ETS. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Rev Bras Estud Popul*. 8 de outubro de 2021;38:1-15.
26. Mazzetti AC, Pinto AIA, Gelbcke FL, Silva JC, Vaichulonis CG. Características maternas e o impacto da prematuridade no recém-nascido. *Rev Saúde*. 16 de março de 2022;13(1):19-27.
27. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

FIGURAS

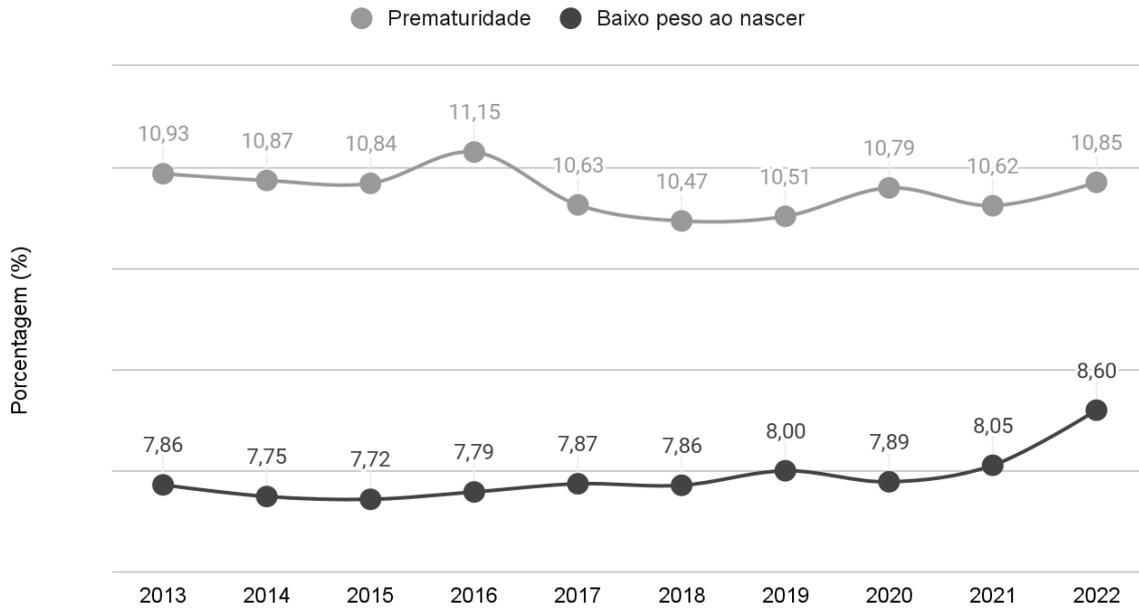


Figura 1 - Porcentagem de nascidos vivos com prematuridade e baixo peso ao nascer de 2013 a 2022 no estado de Santa Catarina

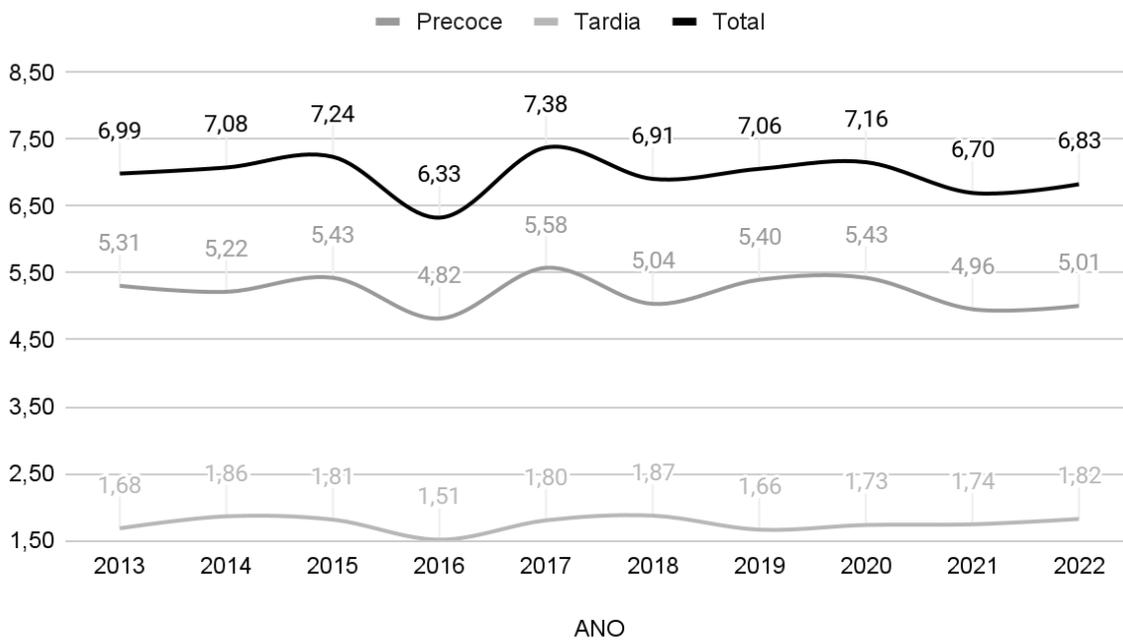


Figura 2 - Taxa de mortalidade neonatal de 2013 a 2022 no estado de Santa Catarina

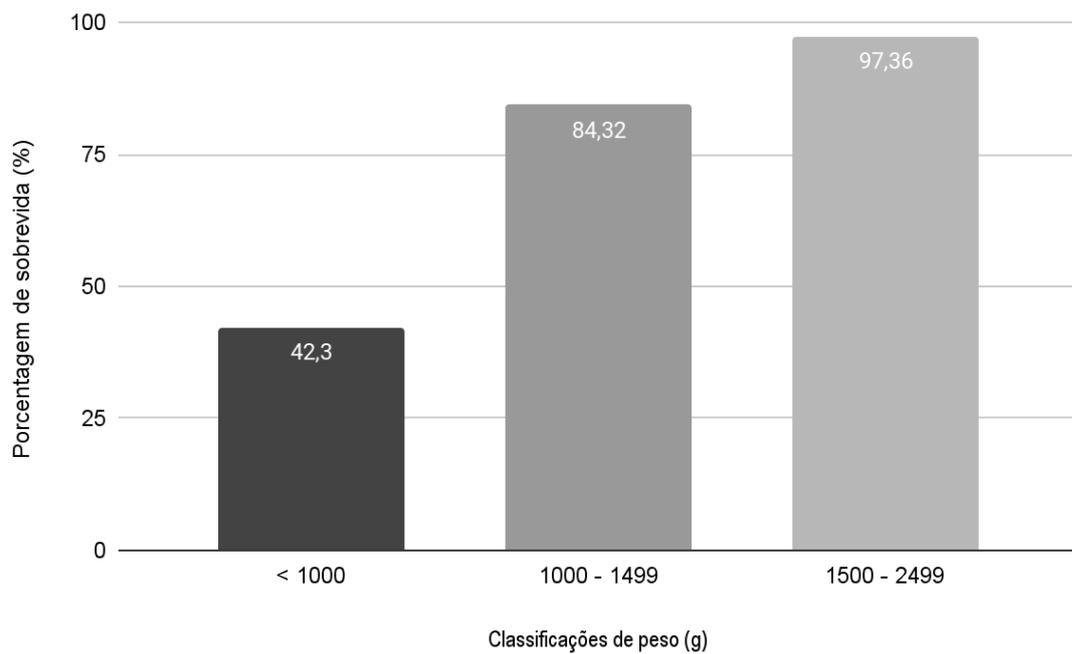


Figura 3 - Sobrevida de acordo com o peso de nascimento no estado de Santa Catarina nos anos 2013 a 2022

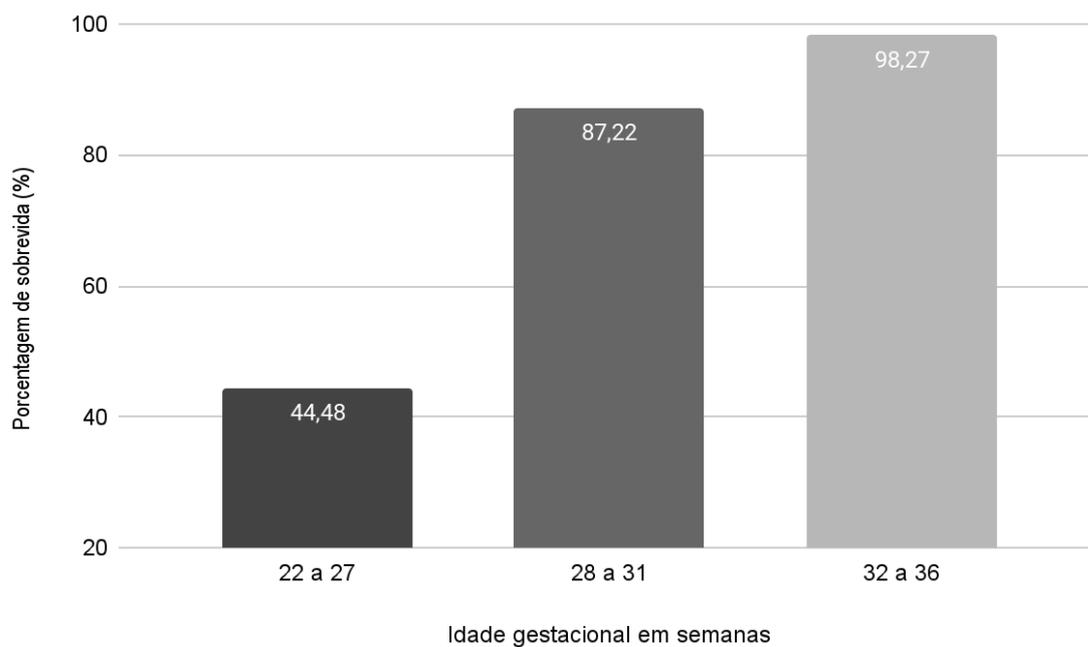


Figura 4 - Sobrevida dos prematuros de acordo com a idade gestacional em semanas no estado de Santa Catarina nos anos 2013 a 2022

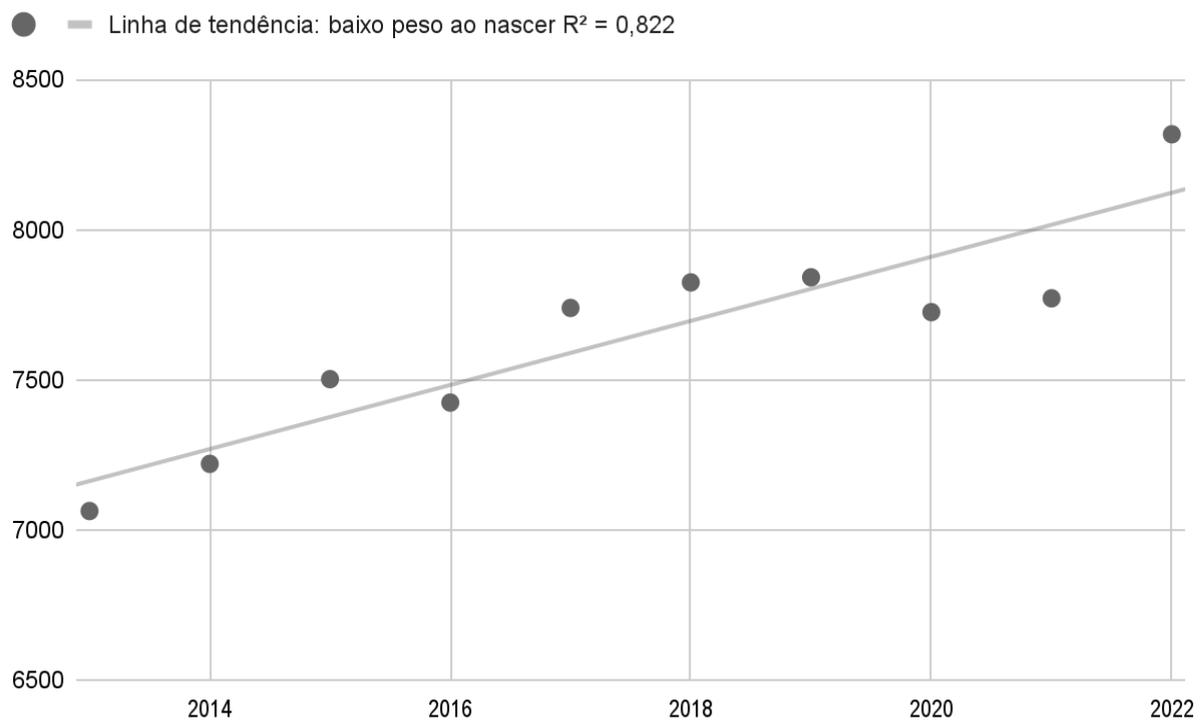


Figura 5 - Linha de tendência, com número absoluto, de nascidos vivos com baixo peso de 2013 a 2022 no estado de Santa Catarina

ANEXO I

Tabela 1 - Números absolutos dos nascidos vivos com a distribuição dos indicadores: prematuridade, baixo peso ao nascer e morte entre os anos de 2013 e 2022, em Santa Catarina, Brasil.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nascidos Vivos	89875	93232	97223	95313	98335	99609	98032	97916	96499	98202
Prematuros	9747	10090	10515	10607	10418	10373	10259	10524	10213	10645
< 22	37	29	34	27	26	44	46	32	32	45
22 a 27	361	402	419	408	484	472	441	435	487	495
28 a 31	892	891	966	889	934	910	900	928	878	953
32 a 36	8457	8768	9096	9283	8974	8947	8872	9129	8816	9152
IG ignorada	735	393	215	171	297	517	457	423	320	85
Baixo Peso	7064	7221	7503	7425	7740	7825	7842	7726	7772	8318
< 1000g	472	439	488	437	526	553	530	532	547	446
1000g a 1499g	585	658	710	636	678	715	648	701	694	761
1500g a 2499g	6007	6124	6305	6352	6536	6557	6664	6493	6531	7111
Peso ao nascer ignorado	3	2	4	3	2	3	3	4	0	7
Morte Neonatal	628	660	704	603	726	688	692	701	647	671
Precoce	477	487	528	459	549	502	529	532	479	492
Tardia	151	173	176	144	177	186	163	169	168	179

ANEXO II

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 16 de junho de 2011. Foi adotado o formato de artigo científico, e escrito baseado nas normas para publicação da revista “Arquivos Catarinenses de Medicina”, dispostas a seguir:

O processador de texto a ser utilizado deve ser Microsoft Word (Office®). Fontes Times New Roman tamanho 11, justificado, espaçamento entre linhas 1,5. Tamanho máximo dos originais (incluindo referências bibliográficas):

- a) Artigos originais: 15 páginas;
- b) Artigos de atualização e revisão: 15 páginas;
- c) Relatos e estudos de casos: 5 páginas.

As seções deverão ter a seguinte ordem: folha de rosto, resumo em português, resumo em inglês (abstract), introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão, referências bibliográficas, tabelas, quadros e ilustrações.

O original, incluindo tabelas, quadros, ilustrações e referências bibliográficas, deve seguir os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas.

a) Folha de rosto: deve conter o título do artigo em português e em idioma inglês, ambos de forma concisa; o nome pelo qual cada autor é conhecido, com seu grau acadêmico mais alto e sua filiação institucional (a titulação deve ser inserida no texto como nota de rodapé); o nome do(s) departamento(s) e da(s) instituição(ões) às quais o trabalho deve ser atribuído; endereço eletrônico (e-mail) de todos os autores; município e unidade federativa e país; e a(s) fonte(s) de financiamento, sob a forma de verbas, de equipamento, de drogas, ou todas elas.

b) Resumo em português: redigido na segunda página, com até 250 palavras, apresentando o contexto da pesquisa, os objetivos que à alcançar, o enquadramento metodológico e as principais conclusões. A formatação do texto no resumo é sem recuo de parágrafo e o espaçamento entre linhas é simples. Abaixo do resumo, indicar as palavras-chaves, compostas de no máximo 5 descritores que necessariamente precisam estar contidas no resumo.

c) Resumo em inglês: (Abstract): tradução do resumo para o idioma inglês, cuidando para não utilizar tradutores eletrônicos, uma vez que a transcrição literal pode induzir a interpretações equivocadas.

d) Introdução: contextualização do tema pesquisado, contemplando os objetivos geral e específicos do estudo, as eventuais hipóteses e os motivos que justificam a realização do estudo.

- e) Revisão de literatura: texto que englobe os conceitos ou definições dos autores utilizados na pesquisa e que constam nas referências bibliográficas.
- f) Procedimentos Metodológicos: informar o enquadramento da pesquisa e os métodos utilizados no estudo.
- g) Texto da Pesquisa: deve apresentar a investigação efetuada e as análises possíveis a partir dela, todas sustentadas na literatura constante na revisão de literatura e referências bibliográficas.
- h) Conclusões e Considerações finais: retomada da pesquisa, indicando as principais conclusões e eventuais aplicações. Além disto deve especificar se os objetivos definidos foram alcançados ou se necessitam de estudos futuros.
- i) Referências: devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),]. O número máximo de referência é de 50 e o ano de publicação das referências não poderá ser maior do que 10 anos da data do manuscrito submetido, admitindose considerar maior prazo em casos em que não exista comprovadamente autores mais atuais com mesma abordagem. Devem ser formatadas no Estilo Vancouver (<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>). (Quando o número de autores ultrapassar à 3 somente os 3 primeiros devem ser citados, seguidos da expressão et al.).
- j) Tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.): cada tabela deve ser numerada na ordem de aparecimento no texto, e com um título sucinto, porém, explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no cabeçalho. A tabela segue a norma NBR 14724:2011 subitem 5.9, que por sua vez, remete as Normas de Apresentação Tabular do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (1993). A tabela apresenta os seguintes elementos: título, cabeçalho, conteúdo, fonte e, se necessário, nota(s) explicativa(s) (geral e/ou específica). É dividida por o mínimo possível de linhas na horizontal e as bordas laterais não podem ser fechadas. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas.
- k) Quadros (elementos demonstrativos com informações textuais): embora siga especificações semelhantes as informadas nas tabelas (título, fonte, legenda, nota(s) e outras informações necessárias), terá suas laterais fechadas e sem limite de linhas horizontais.
- l) Figuras (fotografias, desenhos, gráficos): devem ser colocadas com título e legenda, e numeradas na ordem de aparecimento do texto. Gráficos devem ser apresentados em preto e branco e somente em duas dimensões. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos

podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito, fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

m) Abreviaturas: devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas, ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título ou no resumo.