



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA.
CURSO DE MEDICINA

ANE CAROLINE CHAVES LIMA MENEZES

IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DE INFORMAÇÕES DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA A INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS NEONATAIS NO MARANHÃO

IMPERATRIZ
2019

ANE CAROLINE CHAVES LIMA MENEZES

IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DE INFORMAÇÕES DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA A INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS NEONATAIS NO MARANHÃO

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof^ª Me. Renata Vasques Palheta Avancini

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Caroline Chaves Lima Menezes, Ane.

Importância da qualidade de informações da Assistência
Pré-Natal para a investigação de Óbitos Neonatais no
Maranhão / Ane Caroline Chaves Lima Menezes. - 2019.

34 p.

Orientador(a): Renata Vasques Palheta Avancini.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz - Maranhão, 2019.

1. Assistência Pré-Natal. 2. Mortalidade Neonatal. 3.
Vigilância epidemiológica. I. Vasques Palheta Avancini,
Renata. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Ane Caroline Chaves Lima Menezes

Título do TCC: IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DE INFORMAÇÕES DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA A INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS NEONATAIS NO MARANHÃO

Orientador: Renata Vasques Palheta Avancini
Co-orientador:

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a/...../....., considerou

Aprovado

Reprovado

Examinador (a): Assinatura: _____
Nome: _____
Instituição: _____

Examinador (a): Assinatura: _____
Nome: _____
Instituição: _____

Presidente: Assinatura: _____
Nome: _____
Instituição: _____

COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E MORTALIDADE DOS ÓBITOS NEONATAIS NO MARANHÃO

Pesquisador: RENATA VASQUES PALHETA AVANCINI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14032519.5.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.451.431

Apresentação do Projeto:

A mortalidade neonatal é um importante indicador sobre a qualidade e eficiência da assistência materno-infantil de uma região, pois estabelece relação com a qualidade de vida e o desenvolvimento da sua população. O pré-natal deve garantir assistência materno-infantil, provendo-lhes desenvolvimento adequado através da prevenção, diagnóstico e tratamento de eventos indesejáveis durante a gestação e após o nascimento. O Nordeste é um dos estados com maior taxa de mortalidade neonatal, principalmente de causas evitáveis, a qual poderia ser reduzida através de inúmeras melhorias em diversos parâmetros que afetariam fatores causais, principalmente na assistência ao pré-natal. Dessa forma, o objetivo geral desse trabalho é determinar o Perfil epidemiológico da mortalidade neonatal e a sua relação com a qualidade do pré-natal, nos óbitos neonatais ocorridos no biênio 2016-2017, nos municípios que compõem a macrorregião da 10ª Unidade Gestora da Regional de Saúde de Imperatriz – MA. Para isso, será realizado um estudo transversal, descritivo e retrospectivo, com base das informações do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC e das fichas de investigação de óbitos infantis e fetais. O estudo permitirá a construção do perfil epidemiológico da mortalidade neonatal dessa macrorregião, a identificação das principais causas desses óbitos neonatais, e estabelecerá a relação desses óbitos com a qualidade da assistência pré-natal oferecida pela região e identificar quais as falhas existentes nessa assistência.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SÃO LUÍS

Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 3.451.431

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PI_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1302188.pdf	07/05/2019 13:35:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/05/2019 13:35:14	RENATA VASQUES PALHETA.AVANCINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_brochura.docx	07/05/2019 13:35:04	RENATA VASQUES PALHETA.AVANCINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_brochura.pdf	07/05/2019 13:34:41	RENATA VASQUES PALHETA.AVANCINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Liberacao_dados.pdf	02/04/2019 11:57:42	RENATA VASQUES PALHETA.AVANCINI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Liberacaodelocal.jpg	20/02/2019 17:08:05	RENATA VASQUES PALHETA.AVANCINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa.pdf	20/02/2019 17:07:22	RENATA VASQUES PALHETA.AVANCINI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/02/2019 17:07:11	RENATA VASQUES PALHETA.AVANCINI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me permitido chegar até aqui e por todas as oportunidades e conquistas que tem me proporcionado. Agradeço aos meus pais Nuance e Eldemir, meu irmão Lucas Mateus, meus avós maternos, Lourival e Sandra, e paternos, Eleodoro e Valdenir, por todo apoio, torcida, paciência, conselhos e por me ajudarem de todas as maneiras nessa longa caminhada. Agradeço aos meus amigos por toda ajuda, por cada palavra de estímulo, especialmente Mauro Edwardo, Julianna Lacerda, Fernanda Cardoso, Venize Juliana, Richarles Gomes e Kayro Whendel, Anna Klicia e Laena Marino. Agradeço a minha orientadora Renata Avancini por toda orientação, ajuda, conselho, atenção e paciência.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

- CMIF → Comitê de Mortalidade Infantil e Fetal
- DHEG → Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
- DNV → Declaração de Nascidos Vivos
- DO → Declaração de óbitos
- ITU → Infecção do Trato Urinário
- RN → Recém-Nascido
- SEADE → A Classificação de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
- SIM → Sistema de Informação de Mortalidade
- SINASC → Sistema de notificação de Informações de nascidos Vivos
- SIS → Sistema de Informações em saúde
- UTIN → Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. MÉTODOS	13
3. RESULTADOS	15
4. DISCUSSÃO.....	17
5. CONCLUSÃO	20
6. REFERÊNCIAS	21
7. ANEXOS	24
7.1 TABELAS	24
7.2 COMPROVANTE DE APROVAÇÃO NO COLEGIADO	29
7.3 NORMAS DA REVISTA	31

IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DE INFORMAÇÕES DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA A INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS NEONATAIS NO MARANHÃO

Importance of prenatal assistance information quality for the investigation of neonate death in the state of Maranhão

Ane Caroline Chaves Lima Menezes¹

Renata Vasques Palheta Avancini²

RESUMO

Objetivo: Analisar o registro de informações da Assistência pré-natal dos casos de óbitos neonatais, ocorridos no biênio 2016-2017, em municípios que compõem a Unidade Gestora da Regional de Saúde de Imperatriz – MA. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, retrospectivo que analisa a situação dos registros da Assistência Pré-Natal dos óbitos neonatais investigados pelo CMIF. Foram investigados 172 óbitos (110 óbitos neonatais incluídos na pesquisa) no período de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2017. **Resultados:** Observa-se que 19,1% e 1,8% dos prontuários não apresentavam a raça materna e Escolaridade materna; 0,9%, 20,9% e 9,1% não possuem registro a raça do Recém-nascido, Reanimação e Internação na UTIN; 16,4%, 9,1% e 19,1% não apresentam registro de realização do Pré-Natal, do número de consultas e do início da assistência; 50% e 54,5% não possuem registro sobre a realização de teste para Toxoplasmose, CMV e Hepatite B e C; 20% sem registro sobre realização do VDRL; 25,5% sem registro do teste rápido HIV; 57,3%, 48,2% e 20,9% não apresentam dados sobre realização da Urocultura, Glicemia de Jejum e Tipagem sanguínea, respectivamente. **Conclusão:** O registro correto dos dados nos Sistemas de Informações apresenta significativa importância para a confiabilidade de estudos epidemiológicos, avaliação da qualidade da assistência materno-infantil e identificação do contexto socioeconômico da população estudada.

Palavras-chave: Mortalidade Neonatal. Vigilância epidemiológica. Assistência Pré-Natal.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prenatal care information record of cases of neonatal deaths, occurred in the 2016-2017 biennium, in municipalities that make up the Management Unit of the Health Regional of Imperatriz – MA, Brazil. **Methods:** Cross-sectional, descriptive, retrospective study that analyzes the situation of prenatal care records of neonatal deaths investigated by the CMIF. We investigated 172 deaths (110 neonatal deaths included in the survey) from January 2016 to December 2017. **Results:** It is observed that 19.1% and 1.8% of the records did not show maternal race and maternal education; 0.9%, 20.9% and 9.1% do not record the race of Newborn, Resuscitation and NICU Admission; 16.4%, 9.1% and 19.1% have no record of prenatal care, the number of consultations and the start of care; 50% and 54.5% do not have records on the test for Toxoplasmosis, CMV and Hepatitis B and C; 20% without registration on VDRL; 25.5% without registration of the HIV rapid test; 57.3%, 48.2% and 20.9% do not present data on performance of urine culture, fasting blood glucose and blood typing, respectively. **Conclusion:** The correct recording of data in the Information Systems has significant importance for the reliability of epidemiological studies, evaluation of the quality of maternal and child care and identification of the socioeconomic context of the population studied.

Keywords: Infant Mortality. Epidemiological Monitoring. Prenatal Care.

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, campus Imperatriz.

² Pediatra, Neonatologista e Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, campus Imperatriz.

1. INTRODUÇÃO

A taxa de Mortalidade infantil é um indicativo importante de desenvolvimento socioeconômico, qualidade de vida e assistência à saúde materno-infantil de um determinado território; e refere-se aos óbitos menores de 1 ano de idade. Essa taxa divide-se em Mortalidade Pós-Natal (28 a 365 dias) e Neonatal (até 28 dias), sendo que a última, pode ser classificada em precoce (até 7 dias) e tardia (8-28 dias). Sendo o período Neonatal precoce, o responsável por 60% a 70% dos óbitos infantis (1)(2)(3)(4)(5).

A mortalidade infantil continua sendo um dos principais problemas de saúde pública no mundo, por isso, o Brasil juntamente com outros países que compõem as Nações Unidas, se comprometeu em melhorar a saúde infantil e reduzir em 2/3 a taxa de mortalidade infantil até ano de 2015 (5)(6)(7). Além disso, no ano de 2004, através da Portaria nº 1.258, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Nacional de Prevenção do óbito infantil e fetal, que tem como objetivo, esclarecer as circunstâncias que ocorreram o óbito infantil, identificar fatores de risco e estabelecer medidas que melhorem a qualidade da assistência à saúde (8)(9).

A investigação do óbito ocorre através de informações armazenado no Sistema de Informações em saúde (SIS), composto por subsistemas, como o SIM e SINASC, que possibilitam conhecer a realidade local, regional e nacional (10). A Declaração de óbitos (DO), Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e as fichas de investigação dos óbitos infantis e fetais são documentos importantes que auxiliam nessa investigação, e contém informações como identificação da mãe e recém-nascido(RN), sexo e raça materna e do RN, idade e escolaridade materna, causa básica e associadas do óbito, endereço de residência, local do nascimento e do óbito, tipo de parto, peso ao nascer, número de consultas pré-natal, apgar, duração da gestação, vacinação e exames realizados no pré-natal, entre variáveis relacionadas a assistência pré-natal e a mortalidade infantil (14).

É muito importante reconhecer a qualidade desses dados, pois são dependentes de vários fatores como acesso a serviços de saúde, métodos e capacidade diagnóstica dos médicos, comprometimento com a produção de estatísticas confiáveis, dos componentes utilizados em sua formulação (tamanho da população, frequência de casos) (8) (11).

Muitos estudos questionam a consistência dessas informações, devido, principalmente, à qualidade do registro desses sistemas. Assim, o presente artigo tem como objetivo Analisar o registro de informações da Assistência pré-natal dos casos de óbitos neonatais, ocorridos no biênio 2016-2017, em municípios que compõem a Unidade Gestora da Regional de Saúde de Imperatriz – MA.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo, retrospectivo, que desenvolve um levantamento de situação de registros das informações de Assistência Pré-Natal dos casos obtidos a partir dos óbitos neonatais investigados pelo Comitê de Mortalidade Infantil e Fetal (CMIF) da Unidade Gestora da Regional de Saúde de Imperatriz – Maranhão. Os dados foram obtidos a partir das fichas do Sistema de notificação de Informações de nascidos Vivos (SINASC), do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e das fichas de investigação dos óbitos infantis e fetais fornecidas pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças da Unidade Gestora da Regional de Saúde de Imperatriz - Maranhão. As seguintes fichas foram utilizadas: a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), na Declaração de Óbitos (DO), ficha de entrevista domiciliar, ficha de serviço de saúde ambulatorial, ficha de serviço de saúde hospitalar, ficha Síntese, conclusões e recomendações.

Foram investigados 172 óbitos sendo que, deste total, 110 óbitos neonatais foram incluídos na pesquisa no período de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2017. O estudo foi conduzido no Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças da Unidade Gestora da Regional de Saúde de Imperatriz-Maranhão. A população do estudo foi composta por todos os óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias) e tardios (7 a 27 dias), investigados pelo Comitê de investigação de óbitos infantis, das puérperas residentes de 11 (onze) cidades que compõem a Unidade Gestora da Regional de Saúde de Imperatriz - Maranhão, seguindo os seguintes Critérios de Inclusão: todos os óbitos neonatais cadastrados no SIM, residentes nos municípios que compõem a macrorregião da Unidade Gestora da Regional de Saúde de Imperatriz - Maranhão e com peso ao nascimento > 500 gramas. E como critérios de exclusão, foram excluídos os óbitos neonatais com Recém-nascidos com peso ao nascimento < 500 gramas, com diagnóstico na DO e DNV decorrente de malformação congênita, nascidos fora do ambiente

hospitalar, Óbitos pós-neonatal, e Residência materna fora dos municípios que compõem a macrorregião da Unidade Gestora da Regional de Saúde de Imperatriz- Maranhão.

As variáveis do estudo foram divididas em Tabelas (ANEXO I), sendo Tabela 1: Fatores Maternos (Raça, idade, escolaridade), Tabela 2: Fatores Neonatais (Sexo e Raça), Tabela 3: Características dos óbitos Neonatais (óbitos precoces e tardios, reanimação neonatal, e UTIN), Tabela 4: Fatores do Pré-Natal (se realizou, número de consultas, Trimestre de início, diagnóstico de Infecção do Trato Urinário – ITU, de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez – DHEG e Diabetes Gestacional), Tabela 5: Principais Exames e Sorologias do Pré – Natal (Toxoplasmose, VDRL, HIV, HbsAg, Anti-HCV, Urocultura, glicemia, tipagem sanguínea).

Os dados obtidos foram armazenados no Microsoft Excel 2019 e analisados no programa Statistical Package For Social Sciences (SPSS 25.0 for Windows), com nível de confiança de 95% (nível de significância de 0,05). Utilizaram-se detalhamento de frequências numéricas e percentuais, médias, desvio padrão. Seguindo à Resolução do CNS 466 de 2012, este trabalho foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal do Maranhão, com o seguinte CAAE: 14032519.5.0000.5087. Este Artigo faz parte de um estudo maior intitulado: “Assistência Pré-Natal e Mortalidade dos Óbitos Neonatais no Maranhão”. Não existe conflito de interesse no presente estudo.

3. RESULTADOS

Foram investigados 172 óbitos neonatais no biênio 2016-2017, sendo que, deste total, 136 óbitos neonatais precoces e 36 neonatais tardios. Foram excluídos da pesquisa 62 óbitos, dos quais 43 eram óbitos neonatais precoces e 19 neonatais tardios, pois apresentavam malformações congênitas, peso ao nascer < 500 gramas, nasceram fora do ambiente hospitalar. Do total pesquisado, obtivemos uma população de 110 óbitos neonatais analisadas na pesquisa, sendo 93 óbitos neonatais precoces e 17 neonatais tardios.

Ao avaliar a Tabela 1 observa-se que 19,1% dos prontuários não apresentavam a raça da mãe e 1,8% não apresentavam a Escolaridade materna. Além disso, apresenta que 64,5% das mulheres são pardas, a idade média é entre 19 a 25 anos (21,8% possuem entre 19-21 anos e 21,8% 22-25 anos), e maioria delas (53,6%) possui acima de 9 anos de estudo (Ensino médio completo). Na Tabela 2 podemos observar que 50,9% dos neonatos eram do sexo feminino e 75,5% eram pardos, e 0,9% dos prontuários não possuem a raça do Recém-nascido.

A tabela 3 demonstra que 84,5% dos óbitos eram precoces e 15,5% eram tardios, além disso, apresenta que 66,4% dos casos necessitaram de reanimação e 87,3% foram internados na UTIN antes do óbito. Sendo que, 20,9% e 9,1% dos prontuários não possuem registro de Reanimação e Internação na UTIN, respectivamente.

Na tabela 4, observa-se que 80,9% das mulheres realizaram pré-natal, sendo que 46,6% realizaram menos que 6 consultas, e 64,6% começaram o pré-natal no 1º Trimestre de gestação. Desses casos, 38,2% apresentaram o diagnóstico de ITU, 21,8% possuíam DHEG e 3,6% Diabetes gestacional. Sendo que os prontuários de 16,4% não apresentam registro de realização do Pré-Natal, 9,1% não apresentam o número de consultas e 19,1% não apresentam o período do início da assistência, 17,3% sem informações sobre diagnóstico de ITU e 18,2% sem registro do diagnóstico DHEG e Diabetes Gestacional.

A tabela 5 nos apresenta informações sobre os principais exames e sorologias realizadas durante o pré-natal. Dos casos analisados, 50% não possuem registro sobre a realização da Sorologia para Toxoplasmose; 54,5% não apresentação informações sobre a realização de sorologias para CMV e Hepatite B e C; 20% sem registro sobre realização do VDRL; 25,5% sem registro do teste rápido HIV; 57,3%, 48,2% e 20,9% não apresentam dados sobre realização da Urocultura, Glicemia de Jejum e Tipagem sanguínea, respectivamente. Ademais, 37,3% das mulheres foram testadas para Toxoplasmose, 77,3% para Sífilis (VDRL), 72,7% para HIV, 16,4% para CMV, 32,7% para Hepatite B (HbsAG), 15,5% para Hepatite C. Além disso, 10% realizaram Urocultura, 41,8% acompanhavam a sua Glicemia de jejum, 74,5% fizeram tipagem sanguínea, e 85,5% estavam vacinadas.

4. DISCUSSÃO

A informação é uma ferramenta importantíssima para a Vigilância epidemiológica, pois faz parte do processo informação-decisão-tríade, e é essencial para avaliação da assistência prestada, situação sanitária, qualidade de vida da comunidade estudada, e são considerados indicadores em saúde. Na área da saúde, as informações são coletadas, através de prontuários e outros documentos médicos, e armazenados nos Sistemas de informação em saúde (SIS) (10)(11).

O principal fator que ocasiona dúvida na confiabilidade desses é a má qualidade dos dados, gerados pela inconsistência de dados, omissão e não preenchimentos dos campos nos principais documentos médicos utilizados para a vigilância epidemiológica, como DO e DNV na investigação dos óbitos (10)(12)(13).

De acordo com Da Silva et.al., em 2014, a deficiência do registro das variáveis limita a potencialidade dos SIS para a realização dos estudos epidemiológicos sobre mortalidade infantil, desigualdade socioeconômica. E as principais variáveis que apresentam essa completude deficiente são idade e escolaridade materna, raça/cor do RN (10). Entretanto, estudos realizados por Barbuscia e Rodrigues-Junior, em 2011, demonstram que idade e escolaridade materna não apresentava registro em 20% e 40%, respectivamente (13).

Assim, pode-se observar nas tabelas 1 e 2 que os resultados do presente estudo demonstram uma melhora da situação em relação aos estudos citados, pois apresenta registro de 100% da idade materna e sexo do RN, 19,1% e 0,9% não contém registro de raça/cor materna e RN, e 1,8% sem registro de escolaridade materna. Apesar da pequena porcentagem nas omissões nos registros, destaca-se que a situação ideal seria o preenchimento de 100% dessas variáveis e, dessa forma, garantir total qualidade dos dados. Além disso, vale lembrar que essa

situação pode variar dependendo da localidade estudada, devido à heterogeneidade das regiões brasileiras (10).

Segundo Freitas et.al. (2016), o atendimento adequado ao RN, em sala de parto, por profissionais treinados pode reduzir a mortalidade neonatal entre 20 e 30%, e quando realizado técnicas de reanimação, pode-se obter uma diminuição adicional entre 5 e 20%. Contudo, essa afirmação só foi possível através de estudos que avaliaram os dados armazenados no sistema (7). A tabela 3 apresenta que 20,9% não possuíam informações sobre a realização da reanimação neonatal em sala de parto, e 9,1% tinha-se omissão quanto à internação da UTIN; e essa deficiência de dados dificulta a avaliação da qualidade do atendimento inicial na sala de parto, e a realização de estudo que avaliem a morbimortalidade neonatal. Em relação a classificação em óbito precoce e tardio, nota-se que 100% dos dados encontravam-se preenchidos, corroborando com a literatura atual.

De acordo com o Polgliani et.al. (2014), o registro da primeira consulta de pré-natal é muito importante, pois é nessa consulta que ocorre o registro de dados sobre a mãe, permitindo identificar qual o contexto social dessa mulher, auxiliar no processo de autocuidado. Além disso, o início do pré-natal e o número de consultas são considerados importantes indicadores de qualidade de assistência pré-natal. Tal estudo aponta que 25% dos casos não tem registro do momento da primeira consulta. Observando tabela 4, nota-se que 19,1% dos casos não possuem registro do início do pré-natal e 9,1% não informam o número de consultas realizadas e 16,4% possuem omissão da informação quanto à realização do pré-natal, dificultando assim, avaliação da qualidade dessa assistência e o reconhecimento do perfil social dessas mulheres(15).

Em relação ao diagnóstico de ITU, DHEG e Diabetes gestacional, a tabela 4 apresenta que, respectivamente, 17,3%, 18,2% e 18,2% não apresentam registro dessas variáveis. Enquanto o estudo de Polgliani et.al, apresenta 100% de registro de DHEG e Diabetes

gestacional e 12,6% sem registro da ocorrência de ITU. Analisando a pequena diferença entre as porcentagens da omissão do registro de ITU, e a significativa diferença entre as porcentagens da DHEG e diabetes gestacional, pode-se inferir uma negligência quanto ao registro dessas informações e, assim, prejudicar a análise quanto à importância da relação desses diagnósticos maternos com as complicações do RN, e como o óbito neonatal seria influenciado por essas variáveis (15).

Em relação a realização de exames de urina, como urocultura, observamos na tabela 5, que 57,3% dos casos não possuíam registro dessa informação, corroborando com o estudo de Polgliani et.al, que apresenta aproximadamente 50% dos prontuários sem registro dessa variável (15).

Segundo o estudo de Derlan et.al. (2015), apenas 9,5% dos prontuários da assistência pré-natal não possuem registro do exame para toxoplasmose; enquanto que o presente estudo apresenta uma realidade contrária, com 50% dos casos sem registro quanto a essa sorologia; demonstrando assim, a negligência quanto a importância da identificação e controle dessa patologia na gravidez (16).

Em relação a outros exames e sorologias, a tabela 5 informa que 54,5% dos casos não apresentam informações sobre a realização de testes para CMV, Hepatite B e C; 20% sem registro quando a realização do VDRL; 25,5% não possuem dados sobre a realização do teste rápido para HIV; 48,2% e 20,9% não apresentam dados sobre realização da Glicemia de Jejum e Tipagem sanguínea, respectivamente. E que se comparado a literatura atual, observamos que ainda não conseguimos ter o preenchimento ideal dessas informações, e que isso pode ocorrer por diversos fatores, como a não realização desses procedimentos pela mãe, a negligência do preenchimento adequado dos prontuários pela equipe de assistência, ou a não transferência das informações pro SIS (17)(18).

5. CONCLUSÃO

O preenchimento completo e adequado dos dados dos documentos médicos (DO,DNV, fichas de investigação de óbito) apresentam significativa importância para a confiabilidade de estudos epidemiológicos realizados nesse território, para avaliação da qualidade da assistência materno-infantil, e identificação do contexto socioeconômico da população estudada. Assim, pode-se afirmar que quanto melhor o preenchimento e coleta de dados, maior será a confiabilidade dessas informações e melhor será a qualidade dos estudos e da assistência materno-infantil. Possibilitando identificar problemas existentes na população e encontrar soluções adequadas para tais problemas sociais.

O presente estudo conseguiu cumprir o objetivo proposto, e assim incentivar a busca pela melhoria da qualidade de registros de óbitos, além, de fomentar a ampliação e implementação de políticas públicas que possam melhorar a qualidade da assistência materno-infantil e reduzir a mortalidade neonatal.

6. REFERÊNCIAS

1. Ramos VM, Vasconcelos MA; Albuquerque IMN, ; Santos FD. Avaliação dos óbitos neonatais em um hospital de ensino. *Sanare*. 2016; 15(1):39-46.
2. Borbolato BM; Cardoso MP. O impacto do pré-natal na prevenção do parto prematuro. *Revista Thêma Et Scientia*. 2015; 1(5): 147-159.
3. Pizzo LGP, Andrade SM, Silva AMR, Melchior R, González AD. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*.2014; 23(3): 908-918.
4. Pinheiro JMF, Tinoco LS, Rocha ASS, Rodrigues MP, Lyra CO, Ferreira MAF. Childcare in the neonatal period: evaluation of neonatal mortality reduction pact in Rio Grande do Norte, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(1): 243-252.
5. Lansky S, Friche AAL, Da Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014; 30(1):192-207.
6. Ferrari RAP, Bertolozzi MR, Dalmas JC, Giroto E. Association between prenatal care and neonatal deaths, 2000-2009, Londrina-PR. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014; 67(3): 354-359.
7. Freitas RJ, Munhoz TN, Dos Santos IS, Chiuchetta FS, Barros F, Coletto A, Matijasevich A. Providers' compliance with practice guidelines of prenatal and neonatal care to reduce neonatal mortality: 2004 versus 2012. *Revista Brasileira de Epidemiologia*.2016; 19(4): 702-712.

8. Oliveira CM, Do Bonfim CV,Guimarães MJB, Frias PG, Medeiros ZM. Infant mortality: temporal trend and contribution of death surveillance. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2016; 29(3): 282-290.
9. Ruoff AB; Andrade SR; Schimtt MD. Activities developed by the committees of prevention of infant and fetal deaths:: integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017; 38 (1): 1-10.
10. Silva LP, Moreira CMM, Amorim MHC, Castro DS, Zandonade E. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e do Sistema de Informações sobre Mortalidade no período neonatal, Espírito Santo, Brasil, de 2007 a 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*.2014; 19 (7): 2011-2020.
11. Borges MS. O prontuário como sistema de informação em saúde: Fatores que interferem na qualidade de seu preenchimento [TCC]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; 2016.
12. Frias PG, Pereira PMH, Andrade CLT, Lira PIC, Szwarcwald CL. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26 (4): 671-681.
13. Barbuscia DM, Júnior AR. Completude da informação nas Declarações de Nascido Vivo e nas Declarações de Óbito, neonatal precoce e fetal, da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2000-2007. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011; 27 (6): 1192-1200.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília, 2009; v.2 , p.96.

15. Polgliani RBS, Neto ETS, Zandonade E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2014; 36(6): 269-275.
16. Bassani DCH, Derlan CB, Chaves J, Kanitz L, Dipp T, Ghignatti B, Koeep J, Possuelo L. Avaliação de pré-natal por indicador de qualidade. *Journal Of Health & Biological Sciences*. 2015; 3(2): 67-72.
17. Ruschi GEC, Antônio FF, Zandonade E, Miranda AE. Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2018; 12 (39): 1-13.
18. Barreto FDFP, Albuquerque RM. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(6):259-267.

7. ANEXOS

7.1 TABELAS

Tabela 1 - Fatores Maternos relacionados á Mortalidade Neonatal em região Sul do Maranhão, Brasil, 2016-2017.

	n	%
Raça Materna		
Branca	14	12,7
Indígena	4	3,6
Parda	71	64,5
SRP*	21	19,1
TOTAL	110	100,0
Idade Materna		
< 15 anos	1	0,9
15-18 anos	23	20,9
19-21 anos	24	21,8
22-25 anos	24	21,8
26-30 anos	22	20,0
31-34 anos	10	9,1
≥ 35 anos	6	5,5
TOTAL	110	100,0
Escolaridade Materna		
Analfabeta	2	1,8
< 9 anos de estudo	39	35,5
> 9 anos de estudo	59	53,6
Universitária	2	1,8
Superior Completo	5	4,5
Pós-graduação	1	0,9
SRP*	2	1,8
TOTAL	110	100,0

SRP*: Sem Registro Prontuário

Fonte: SIM e SINASC.

Tabela 2 – Fatores Neonatais relacionados á Mortalidade Neonatal em região Sul do Maranhão, Brasil, 2016-2017.

	n	%
Sexo Recém Nascido		
Feminino	56	50,9
Masculino	54	49,1
TOTAL	110	100,0
Raça Recém Nascido		
Branca	20	18,2
Indígena	4	3,6
Parda	83	75,5
Preta	2	1,8
SRP*	1	0,9
TOTAL	110	100,0

SRP*: Sem Registro Prontuário
 Fonte: SIM e SINASC.

Tabela 3 – Características dos óbitos Neonatais relacionados á Mortalidade Neonatal em região Sul do Maranhão, Brasil, 2016-2017.

	n	%
Óbito Neonatal		
Precoce	93	84,5
Tardio	17	15,5
TOTAL	110	100,0
Reanimação neonatal		
Não	14	12,7
Sim	73	66,4
SRP*	23	20,9
TOTAL	110	100,0
Internação na UTIN**		
Não	4	3,6
Sim	96	87,3
SRP*	10	9,1
TOTAL	110	100,0

SRP*: Sem Registro Prontuário ; UTIN**: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
 Fonte: SIM e SINASC

Tabela 4 - Fatores do Pré-Natal relacionados á Mortalidade Neonatal em região Sul do Maranhão, Brasil, 2016-2017.

	N	%
Realizou Pré-natal		
Não	3	2,7
Sim	89	80,9
SRP*	18	16,4
TOTAL	110	100,0
Número de consultas		
< 6	51	46,4
= 6	15	13,6
> 6	31	28,2
Não realizou Pré-Natal	3	2,7
SRP*	10	9,1
TOTAL	110	100,0
Trimestre do início de Pré-Natal		
1° T	71	64,6
2° T	17	15,4
3° T	1	0,9
SRP*	21	19,1
TOTAL	110	100,0
Diagnóstico de ITU**		
Não	49	44,5
Sim	42	38,2
SRP*	19	17,3
TOTAL	110	100,0
Diagnóstico de DHEG***		
Não	66	60,0
Sim	24	21,8
SRP*	20	18,2
TOTAL	110	100,0
Diagnóstico de Diabetes Gestacional		
Não	86	78,2
Sim	4	3,6
SRP*	20	18,2
TOTAL	110	100,0

SRP*: Sem Registro Prontoário; ITU**: Infecção do Trato Urinário; DHEG***: Doença Hipertensiva Específica da Gravidez.

Fonte: SIM e SINASC.

Tabela 5 – Exames e Sorologias relacionados á Mortalidade Neonatal em região Sul do Maranhão, Brasil, 2016-2017.

	N	%
Toxoplasmose		
Não	14	12,7
Sim	41	37,3
SRP*	55	50,0
TOTAL	110	100,0
CMV**		
Não	32	29,1
Sim	18	16,4
SRP*	60	54,5
TOTAL	110	100,0
Teste VDRL		
Não	3	2,7
Sim	85	77,3
SRP*	22	20
TOTAL	110	100,0
HIV***		
Não	2	1,8
Sim	80	72,7
SRP*	28	25,5
TOTAL	110	100,0
HbsAg		
Não	14	12,7
Sim	36	32,7
SRP*	60	54,5
TOTAL	110	100,0
Anti-HCV		
Não	33	30,0
Sim	17	15,5
SRP*	60	54,5
TOTAL	110	100,0
Urocultura		
Não	36	32,7
Sim	11	10,0
SRP*	63	57,3
TOTAL	110	100,0
Glicemia em Jejum		
Não	11	10,0
Sim	46	41,8

SRP*	53	48,2
TOTAL	110	100,0
<hr/>		
Tipagem Sanguínea		
<hr/>		
Não	5	4,5
Sim	82	74,5
SRP*	23	20,9
TOTAL	110	100,0

SRP*: Sem Registro Prontoário; CMV**,:Citomegalovírus; HIV***: Vírus da Imunodeficiência Humana;
Fonte: SIM e SINASC.

7.2 COMPROVANTE DE APROVAÇÃO NO COLEGIADO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

DESPACHO Nº 5066 / 2018 - CCMi (24.12)

Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO

São Luís-MA, 08 de Outubro de 2018

Informa-se para os devidos fins que o projeto de TCC do (a) referido (a) discente foi aprovado e homologado na reunião do colegiado realizada no dia 04-10-2018.

Atenciosamente,

Coordenação de Medicina - UFMA - Imperatriz - MA

(Assinado digitalmente em 08/10/2018 08:52)

ANTONIO COSTA MENDES
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO
Matrícula: 9026303

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufma.br/documentos/> informando seu número, ano, tipo, data de emissão e o código de verificação: 2c1dd904dd

7.3 NORMAS DA REVISTA ACERVO SAÚDE

1) NORMAS GERAIS

I) A revista aceita artigos redigidos em Português, Inglês ou Espanhol que sejam inéditos (ainda não publicados) e que NÃO esteja em avaliação por outro periódico.

II) NÃO aceitamos *preprint* nem qualquer outra forma de pré-publicação de conteúdo.

III) Confira abaixo os tipos de artigos aceitos pelas revistas A+:

Tipo de estudo	Propósito
Original	Investigativo
Revisão Narrativa	Atualização teórico-científica
Revisão Integrativa	Impacto e relevância de publicações
Revisão Sistemática	Variáveis em comum entre estudos
Estudo de caso	Descrição de ocorrências observadas
Relato de Experiência	Vivência obtida através da prática

1.1. ARTIGOS ORIGINAIS

I) Definição: Inclui trabalhos que apresentem dados originais e inéditos de descobertas relacionadas a aspectos experimentais, quase-experimentais ou observacionais, voltados para investigações qualitativas e/ou quantitativas em áreas de interesse para a ciência. É necessário que se utilize de fundamentação teórica com o uso de fontes de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

II) Estrutura: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. **Resultados e Discussão podem ser apresentados juntos.*

III) Tamanho: Mínimo 3.000 e máximo de 3.500 palavras (excluindo resumos, figuras e referências).

IV) Ética: (a) Pesquisa envolvendo seres humanos está condicionada a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos termos da lei (Resoluções nº 466/2012). Análise de dados do DATASUS não precisam de autorização do CEP. (b) Não é permitida a prática de cópia de textos nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de direitos autorais vigentes (Lei nº 9.610/1988, nº 10.695/2003). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

1.2. REVISÃO NARRATIVA

I) Definição: Tem o propósito descritivo-narrativo dedicado à apresentação e sumarização de temas de interesse científico. Utiliza de redação científica fundamentada em dados originais de pesquisa da atualidade por meio de argumentação lógica, crítica teórico-metodológica e síntese conclusiva. Não possui metodologia, pois não há critérios definidos para a busca de artigos científicos, no entanto, é necessário que se utilize de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

II) Estrutura: Introdução, Revisão Bibliográfica, Considerações finais e Referências.

III) Tamanho: Mínimo 3.000 e máximo de 3.500 palavras (excluindo resumos, figuras e referências).

IV) Ética: Não é permitida a prática de cópia de textos nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de direitos autorais vigentes (Lei nº 9.610/1988, nº 10.695/2003). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

1.3. REVISÃO INTEGRATIVA

I) Definição: Tem o propósito analítico-observacional dedicado a relevância e impacto de temas de interesse científico. Deve objetivar responder a uma pergunta específica e de relevância. Descreve o processo e os critérios utilizados para a pesquisa e seleção dos estudos originais incluídos na revisão e os procedimentos empregados na avaliação e categorização dos artigos. Para que a pesquisa tenha abrangência é necessário que se utilize de metodologia de busca com o uso de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

II) Estrutura: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações finais e Referências. **Resultados e Discussão podem ser apresentados juntos.*

III) Tamanho: Mínimo 3.000 e máximo de 3.500 palavras (excluindo resumos, figuras e referências).

IV) Ética: Não é permitida a prática de cópia de textos nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de direitos autorais vigentes (Lei nº 9.610/1988, nº 10.695/2003). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

1.4. REVISÃO SISTEMÁTICA COM OU SEM METANÁLISE

I) Definição: Tem o propósito de sintetizar resultados de estudos originais, analisar e caracterizar uma variável em comum que pode resultar em uma metanálise. Deve objetivar responder a uma pergunta específica e de relevância. Descreve o processo e os critérios utilizados para seleção dos estudos incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese do compilado de dados. Para que a pesquisa tenha abrangência é necessário que

se utilize de metodologia de busca com o uso de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

II) Estrutura: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações finais e Referências. **Resultados e Discussão podem ser apresentados juntos.*

III) Tamanho: Mínimo 3.000 e máximo de 3.500 palavras (excluindo resumos, figuras e referências).

IV) Ética: Não é permitida a prática de cópia de textos nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de direitos autorais vigentes (Lei nº 9.610/1988, nº 10.695/2003). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

1.5. ESTUDO DE CASO

I) Definição: Inclui trabalhos que abordem questões clínicas/teóricas/técnicas/científicas, relevantes e inovadoras com narrativa observacional baseada na evolução do caso. O detalhamento do caso deverá ser sucinto, evitando-se dados redundantes ou irrelevantes. É necessário que se utilize de fundamentação teórica com o uso de fontes de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

II) Estrutura: Introdução, Detalhamento do caso, Discussão e Referências.

III) Tamanho: Mínimo 2.000 e máximo de 2.500 palavras, excluindo resumos, figuras e referências.

IV) Ética: (a) Pesquisa envolvendo seres humanos está condicionada a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos termos da lei (Resoluções nº 466/2012). (b) Não é permitida a prática de cópia de textos nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de direitos autorais vigentes (Lei nº 9.610/1988, nº 10.695/2003). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

NOTA SOBRE OS PROCEDIMENTOS ÉTICOS:

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) na carta circular nº 166, item 2, alínea “a”, esclarece a despeito dos estudos/relatos de caso: “[...] A proposta deve ser submetida via Plataforma Brasil e apreciada pelo sistema CEP/Conep, previamente a sua publicação ou divulgação” [\[fonte oficial\]](#). A comissão justifica que a modalidade pode auferir danos morais e materiais no tocante a confidencialidade de informações.

Certos da responsabilidade ética e moral da Acervo+ Index base e suas revistas em garantir o cumprimento das diretrizes em pesquisa, todos os processos da modalidade estudo de caso submetidos à revista fará necessária a aprovação do CEP. Caso os autores não tenham o documento nós devemos rejeitar a submissão e orientá-los para que busquem a aprovação.

O procedimento de avaliação do CEP promete ser simples, uma vez que, o tipo de estudo não possui projeto de pesquisa e o autor pode enviar o relato junto

ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a homologação da decisão.

1.6. RELATO DE EXPERIÊNCIA

I) Definição: Inclui trabalhos que abordem questões práticas/técnicas/teórico/científicas, relevantes e inovadoras com narrativa observacional baseada na prática vivenciada. O relato deverá ser sucinto, evitando-se dados redundantes ou irrelevantes. É necessário que se utilize de fundamentação teórica com o uso de fontes de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

II) Estrutura: Introdução, Relato de Experiência, Discussão e Referências.

III) Tamanho: Mínimo 2.000 e máximo de 2.500 palavras, excluindo resumos, figuras e referências.

IV) Ética: (a) Para essa modalidade de artigo não são aceitos dados de pacientes, imagens que mostre grupos de pessoas, nem fotos de instituições. Podem ser apresentados conteúdos, ferramentas ou formulários que tenham sido criados pelos autores e usados durante a experiência prática. (b) Não é permitida a prática de cópia de textos nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de direitos autorais vigentes (Lei nº 9.610/1988, nº 10.695/2003). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

2) NORMAS ESPECÍFICAS

TÍTULO

O título deve ser conciso e informativo, limitados 150 caracteres sem espaços, em Português, Inglês e Espanhol com precisão e fidedignidade textual entre os três idiomas.

NOME E VÍNCULO DOS AUTORES

NOTA: Os artigos publicados pela revista DEVEM ter ORIENTADOR ou PESQUISADOR RESPONSÁVEL com formação superior na área do estudo ou áreas correlatas e devidamente registrado em conselho de classe, a qual DEVERÁ ser incluído como COAUTOR do artigo.

Incluir o nome e o último vínculo institucional dos autores do artigo escrito por extenso. O autor/coautor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como pessoa correspondente. O reconhecimento da autoria/coautoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

- a. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados
- b. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual
- c. Aprovação final da versão a ser publicada.

Essas três condições devem ser integralmente atendidas por todos autor/coautor do trabalho.

NOTA: São permitidos no máximo 10 pessoas (atualização de normas feita em 01/11/2019).

RESUMO

Entre 150 a 200 palavras, em Português (Resumo), Inglês (Abstract) e Espanhol (Resumen) com precisão e fidedignidade textual entre os três idiomas. Devem estar estruturados em tópicos e ser destacados em NEGRITO.

Para Artigo Original: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão.

Para Revisão integrativa ou sistemática: Objetivo, Métodos, Resultados (breve revisão do tema) e Considerações finais.

Para Revisão narrativa: Objetivo, Revisão bibliográfica (breve revisão do tema) e Considerações finais.

Para Estudo de Caso ou Relato de Experiência: Objetivo, Detalhamento do caso/Relato da Experiência, Considerações finais (apenas para finalizar a ideia do estudo).

PALAVRAS-CHAVE

No mínimo 3 e máximo 5 (Português, Inglês e Espanhol, ao final do respectivo resumo).

INTRODUÇÃO

Deve ser sucinta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve ser compreensível para o leitor em geral.

As siglas e abreviaturas, quando utilizadas pela primeira vez, deverão ser precedidas do seu significado por extenso. Ex.: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

No último parágrafo da introdução deve conter o objetivo do estudo.

As citações de autores >>NO TEXTO<< deverão seguir os seguintes exemplos:

- Início de frase
 - 1 autor - Baptista JR (2002);
 - 2 autores - Souza RE e Barcelos BR (2012);
 - 3 ou mais autores - Porto RB, et al. (1989);
- o Final de frase
 - 1, 2, 3 ou mais autores, subsequente (BAPTISTA JR, 2002; SOUZA RE e BARCELOS BR, 2012; PORTO RB, et al., 1989).

DICA: Busque por referências para a fundamentação do seu estudo na Acervo+ Index base [acervomais.com]. Nós temos mais de 3 mil artigos validados e confiáveis de acesso livre e gratuito.

NOTA: Os casos de citações diretas (cópia) são permitidos em artigos científicos apenas em ocasiões onde não é possível a transcrição da ideia do

texto, como artigos de leis, no entanto, devem ser realçadas no texto (recoo de 3 cm, entre aspas "", itálico).

Não aceitamos artigos com notas de rodapé, toda a abordagem teórica deve ser feita ao longo do texto.

MÉTODOS

Devem descrever de forma clara e sem prolixidade as fontes de dados, a população estudada, a amostragem, os critérios de seleção, procedimentos analíticos e questões éticas relacionadas à aprovação do estudo por comitê de ética em pesquisa (pesquisa com seres humanos e animais) ou autorização institucional (levantamento de dados onde não há pesquisa direta com seres humanos ou animais).

- Para estudos onde há a obrigatoriedade legal de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), os autores devem apresentar no último parágrafo da metodologia o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE).
- Para estudos ORIGINAIS em que haja excludente LEGAL de avaliação do CEP os autores devem justificar no texto e apresentar o dispositivo jurídico para tal.

RESULTADOS

Devem se limitar a descrever os resultados encontrados, sem incluir interpretações e/ou comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas figuras.

- Imagem construída a partir de um software pago é preciso o envio da autorização [licenciamento] de publicação emitida pela empresa responsável pelo software.

- Imagem criada por profissional é preciso o envio da autorização [licenciamento] de publicação assinado pelo artista. O nome do mesmo deve ser citado na legenda da imagem.

- Imagem de estudo de caso que tenham exames e/ou peças anatômicas de pacientes deverão apresentar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que constate o uso e publicação das imagens. Este deve ser assinado pelo paciente. Observação: o prontuário é protegido por lei e precisa da autorização do paciente.

- Imagens já publicadas NÃO serão aceitas partindo do critério de originalidade e ineditismos da revista. Poderão ser construídas imagens a partir outros artigos mediante citação das fontes na legenda. NÃO serão aceitas imagens com menos de 3 (três) fontes originais.

Figuras: As figuras, gráficos e/ou tabelas (máximo 6) devem ser citados no texto ao final do parágrafo de apresentação dos dados, exemplo: (Figura 1), (Gráfico 1), (Tabela 1). Devem constar apenas dados imprescindíveis.

NOTA: AS IMAGENS/FIGURAS/TABELAS/GRÁFICOS DEVEM POSSUIR TÍTULO NA PARTE SUPERIOR E FONTE NA PARTE INFERIOR. CASO NECESSÁRIO INCLUIR LEGENDA.

NOTA: Se os autores acharem conveniente podem apresentar a seção de Resultados e Discussão em uma mesma seção.

DISCUSSÃO

Deve incluir a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações, a comparação dos achados com a literatura, as limitações do estudo e eventuais indicações de caminhos para novas pesquisas.

Deve haver a apresentação de artigos que corroborem e/ou que se oponham aos dados do estudo, criando uma discussão comparativa dos resultados, As fontes DEVEM ser de artigos científicos atuais (últimos 5 anos) e extraídas de BASES CIENTÍFICAS confiáveis como a Acervo+ Index base.

NOTA: Se os autores acharem conveniente podem apresentar a seção de Resultados e Discussão em uma mesma seção.

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deve ser pertinente aos dados apresentados. Limitada a um parágrafo final.

AGRADECIMENTOS (OPCIONAL) E FINANCIAMENTO

Menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores. Quanto ao financiamento, a informação deverá ser fornecida o nome da agência de fomento por extenso seguido do número de concessão.

REFERÊNCIAS

DICA: Busque por referências para a fundamentação do seu estudo na Acervo+ Index base [acervomais.com]. Nós temos mais de 3 mil artigos validados e confiáveis de acesso livre e gratuito.

Mínimo 20/Máximo de 40 - Devem incluir apenas aquelas estritamente relevantes ao tema abordado, sendo preferencialmente dos últimos 5 anos. A comissão da revista irá avaliar a origem e confiabilidade das citações.

As referências deverão ser numeradas em ordem alfabética conforme os seguintes exemplos:

- Artigos:
 - 1 autor - JÚNIOR CC. Trabalho, educação e promoção da saúde. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2014; 6(2): 646-648.
 - 2 autores - QUADRA AA, AMÂNCIO AA. A formação de recursos humanos para a saúde. Ciência e Cultura, 1978; 30(12): 1422-1426.

- 3 ou mais autores - BONGERS F, et al. Structure and floristic composition of the lowland rain forest of Los Tuxtlas, Mexico. *Vegetatio*, 1988; 74:55-80.
- NOTA: Não é preciso apresentar o endereço eletrônico “Disponível em” nem a data do acesso “Acesso em”.
-
- Livros: (NOTA: tente usar apenas artigos científicos, usar livros em casos extraordinários)
 - CLEMENT S, SHELFORD VE. *Bio-ecology: an introduction*. 2nd ed. New York: J. Willey, 1966; 425p.
 - FORTES AB. *Geografia física do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Globo, 1959; 393p.
 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Educação. Laboratório de Ensino Superior. *Planejamento e organização do ensino: um manual programado para treinamento de professor universitário*. Porto Alegre: Globo; 2003; 400 p.
 -
- Teses e Dissertações
 - DILLENBURG LR. *Estudo fitossociológico do estrato arbóreo da mata arenosa de restinga em Emboaba, RS*. Dissertação (Mestrado em Botânica) – Instituto de Biociências. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1986; 400 p.
 -
- Páginas da Internet: (NOTA: usar páginas da internet apenas em casos extraordinários)
 - POLÍTICA. 1998. In: *DICIONÁRIO da língua portuguesa*. Lisboa: Priberam Informática. Disponível em: <http://www.dicionario.com.br/língua-portuguesa>. Acesso em: 8 mar. 1999.