



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REDUÇÃO DOS ÓBITOS
FETAIS**

DUARTE, IDALIANA MELO¹

PESSOA, KARINE SYMONIR DE BRITO²

RESUMO

A gravidez é um processo fisiológico compreendido pela sequência de adaptações ocorridas no corpo da mulher desde a fertilização, dura em média 280 dias ou 40 semanas. O Manual de gestação de alto risco do Ministério da Saúde (MS) relata que existem vários fatores geradores de complicações gestacionais e esses fatores podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal, desta forma os profissionais de saúde devem se manter atentos afim de identificar prognósticos fatais nesse processo. No intuito de diagnosticar as complicações decorrentes da má desenvolvimento gestacional e reduzir os elevados índices de morbimortalidade fetal verificadas no Brasil, torna-se relevante refletir sobre as ações em saúde e avaliar a qualidade da assistência prestada através dos indicadores de saúde. Desta forma o estudo tem o objetivo geral: Compreender a mortalidade fetal nos municípios de Natal, Parnamirim e Mossoró. Os objetivos específicos foram: Identificar as características de vulnerabilidade relacionados aos óbitos fetais; descrever os óbitos e nascimentos nos primeiros dias de vida das crianças, trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e descritivo, com abordagem documental; realizado no DATASUS analisando os anos de 2010 a 2015, nos municípios de Natal, Parnamirim e Mossoró. Ficou evidenciado que para a redução do índice de mortalidade infantil nos três municípios estudados, é necessário se aprofundar mais no planejamento familiar, na captação precoce das gestantes, na capacitação dos profissionais para melhor atenderem no pré-natal e investir numa assistência de qualidade prestada a gestante e ao recém-nascido nos serviços de baixa e de alta complexidade.

Palavras chave: Assistência pré-natal. Morte fetal. Enfermagem

¹ Graduanda em Enfermagem – idalyane@hotmail.com

² Prof^a Orientadora –karine.symonir.edu@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo fisiológico compreendido pela sequência de adaptações ocorridas no corpo da mulher desde a fertilização, dura em média 280 dias ou 40 semanas, podendo variar entre 38 e 42 semanas (MANN et al., 2010; MEHOUDAR 2012). Este se caracteriza em um período de mudanças bastante significativas em todos os âmbitos da vida de uma mulher.

Ao longo dos nove meses de uma gestação, não acontecem apenas modificações fisiológicas no corpo, mas a mente também passa por alterações bastante relevantes. Nessa fase são experimentadas novas sensações físicas e emocionais, sendo muitos os motivos de satisfação e bem-estar, entretanto podem acontecer sentimentos de desconforto, dúvida, insegurança e medo. (MOREIRA et al. 2008).

Apesar da gestação ser um processo fisiológico natural e na maior parte das vezes se desenvolver sem nenhuma intercorrência, deve-se atentar a presença de complicações gestacionais que interfira na saúde do binômio mãe-filho. O limite entre a saúde e a doença é algo muito frágil e qualquer desequilíbrio que aconteça pode representar um risco grande de aumento na mortalidade materna ou fetal.

O Manual de gestação de alto risco do Ministério da Saúde (MS) relata que existem vários fatores geradores de complicações gestacionais, marcadores de risco presentes antes mesmo da gestação; como características individuais e sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior e condições clínicas preexistentes. Bem como, marcadores de risco que surgiram no decorrer da gestação, como exposição a fatores teratogênicos, doenças obstétricas na gravidez atual e intercorrências clínicas. (BRASIL, 2010).

Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal, desta forma os profissionais de saúde devem se manter atentos afim de identificar e minimizar prognósticos fatais nesse processo.

Miranda (2017) afirma que o principal indicador de qualidade à assistência pré-natal é a mortalidade infantil e que apesar do declínio dessa taxa no país, o número total de mortes persiste como grave problema de saúde pública. O MS relata que a ocorrência dos óbitos infantis estão diretamente associada a causas evitáveis e que essa situação implica maior conhecimento dos seus determinantes e embasamentos

de saúde políticas públicas quanto à adoção de medidas apropriadas de atenção às gestantes, no pré-natal e no parto, e aos recém-nascidos.

Diante dessa problemática, o MS dá ênfase à saúde da mulher na sua totalidade, lançando políticas e portarias que visem assegurar um atendimento integral e com boas práticas de segurança.

A Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e definiu a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito da atenção primária (BRASIL, 2012).

De acordo com a PNAB, a Estratégia de saúde da família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

O MS instituiu, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), neste o acompanhamento do pré-natal deve ser assegurado de forma gratuita pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conforme determina a portaria GM/MS nº 569, de 1 de junho de 2000, que institui o PHPN no âmbito do SUS. O artigo 2º da referida portaria trás os princípios e diretrizes para a estruturação do programa. Nele, toda gestante tem direito ao acesso digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, além de saber e ter acesso assegurado a maternidade em que será atendida no momento do parto e que a assistência seja realizada de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000).

Na Atenção Básica a ESF propicia uma assistência pré-natal de qualidade e o vínculo estabelecido entre os profissionais com as gestantes é imprescindível para a concretização da adesão das mesmas ao Programa de Assistência Pré-Natal.

Em 24 de Junho de 2011 o MS lançou a Portaria Nº 1.459, que institui no SUS a Rede Cegonha como estratégia de promoção a saúde da mulher organizando-a a partir de quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação, todos com o intuito de prestar assistência de qualidade a mulher e seu filho nas diversas etapas do ciclo reprodutivo e crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2011).

A equipe multiprofissional responsável pela prestação da assistência na ESF tem como objetivo promover a saúde de maneira igualitária e eficaz à comunidade por meio da busca ativa de casos específicos extra-muros e por meio da consulta ambulatorial de rotina, além de atividades educativas e preventivas.

A consulta de Enfermagem foi legalizada a partir da Lei Nº 7.498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem, no artigo 11º do item i, esta versa como sendo privativa ao enfermeiro a realização de consulta de Enfermagem e no item j o apresenta como integrante da equipe de saúde na assistência de Enfermagem a gestante, parturiente e puérpera (BRASIL, 1986).

Durante a consulta de Enfermagem, além da capacidade técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e sua vida pessoal, considerando suas queixas e angústias. É necessário dispor de uma escuta qualificada de maneira que seja possível a criação de um vínculo afetivo, dessa forma será possível desenvolver um papel educativo e preventivo na vida dessa mulher (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, cabe em especial ao enfermeiro, como versa na Lei do exercício profissional, a prescrição da assistência de Enfermagem, onde os profissionais devem ser qualificados e atentos ao processo natural da gestação, bem como as complicações que podem surgir no decorrer da mesma, assegurando o acesso oportuno da gestante e do neonato a serviços de qualidade.

O interesse em estudar essa temática fundamenta-se na experiência da autora enquanto estagiária em uma Unidade Básica de saúde no desenvolvimento da sua graduação de Enfermagem, onde foi possível perceber a grande demanda de gestantes na unidade e as lacunas deixadas com relação à compreensão de aspectos inerentes à saúde materno-fetal, principalmente nas condutas empreendidas na assistência de Enfermagem.

Diante do exposto, tem-se o seguinte questionamento: Quais as estratégias de assistência do enfermeiro para redução dos óbitos fetais?

No intuito de diagnosticar e minimizar as complicações decorrentes do mal desenvolvimento gestacional e reduzir os elevados índices de morbimortalidade fetal verificadas no Brasil, torna-se relevante refletir sobre as ações em saúde e avaliar a qualidade da assistência prestada por meio dos indicadores de saúde. O enfermeiro é imprescindível na implementação de um cuidado mais especializado, de maneira que possa individualizar a assistência, visando à prevenção, à promoção e à recuperação da saúde dessas gestantes, evitando assim consequências devastadoras.

Em face ao questionamento exposto na problematização do estudo têm-se o seguinte objetivo geral: Compreender a mortalidade fetal nos municípios de Natal, Parnamirim e Mossoró. Os objetivos específicos foram: Identificar as características

de vulnerabilidade relacionados aos óbitos fetais; descrever os óbitos e nascimentos nos primeiros dias de vida das crianças

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesse capítulo apresentar-se-á a fundamentação teórica que embasará o estudo que se segue. Este se subdivide em três tópicos que facilitarão o entendimento da temática em questão.

Inicialmente será exposto o processo gestacional, em seguida os fatores que interrompem a gestação e posteriormente a importância da assistência à saúde da mulher no pré-natal.

2.1 O PROCESSO GESTACIONAL

O desenvolvimento humano inicia-se quando um ovócito é fertilizado por um espermatozoide e englobam modificações que se alteram de uma única célula e transformam-se em um organismo humano multicelular. (QUEIROZ, F. L. et al.; 2017).

Piccinini (2008) relata que o processo da constituição da maternidade se inicia muito antes da própria concepção. Ela surge a partir das primeiras identificações da mulher, que passa pela ludicidade infantil, a adolescência, o desejo de ter um filho até a gravidez propriamente dita.

A OMS preconiza que o objetivo da assistência ao nascimento é promover o mínimo possível de intervenção, com segurança, para obter uma mãe e uma criança saudáveis. Suas recomendações para a assistência ao parto consistem na mudança de um paradigma, entre elas registram-se: o resgate da valorização da fisiologia do parto; o incentivo de uma relação de harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas; além de destacar o respeito aos direitos de cidadania (VELHO; SANTOS; COLLAÇO; 2014).

Segundo Rezende (2015) existem duas formas de ocorrer o parto: a primeira de forma fisiológica natural conhecida como parto normal, e a segunda por procedimento cirúrgico que é a cesariana.

O Sistema Único de Saúde (SUS) define que o período da gestação é calculado a partir do primeiro dia do último ciclo menstrual e que a idade gestacional (IG) se apresenta em dias ou semanas completas. Essas classificam-se em: pré-termo, menos de 37 semanas completas; a termo, de 37 semanas a menos de 42 semanas completas; e pós-termo, compreendendo a 42 semanas completas ou mais de gestação (QUEIROZ, F. L. et al.; 2017).

Ainda segundo Rezende (2015) o trabalho de parto passa por três períodos, primeiramente inicia-se as contrações uterinas e a completa dilatação do cérvix, que culmina com a descida e expulsão fetal e prossegue com a fase do delivramento, que é a saída da placenta. Também há relatos sobre um quarto período caracterizado como o período de Greenberg que se refere às primeiras horas após a saída da placenta onde há a hemostasia dos vasos sanguíneos e involução uterina.

Logo após todo o trabalho de parto ter se concretizado, caracteriza-se também o período puerperal, sobreparto ou pós-parto que é um período cronologicamente variável e de duração imprecisa, que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinadas pela gestação no organismo materno retornam às condições normais (SANTOS, et al.; 2013).

Assim como no pré-natal, no pré, no intra e no pós-parto, o cuidado de enfermagem direcionado à mulher e ao neonato deve ser interdisciplinar, humanizado, de qualidade e baseado em evidências científicas, observando-se princípios que transcendam os aspectos meramente biológicos. Sendo assim, o cuidado deve ser integral, levando-se em conta todas as necessidades do binômio mãe-filho (SANTOS, et al.; 2013).

A vivência da gestação ocorre de forma distinta na vida de cada mulher, tornando-se um momento de total plenitude, mas também pode ser um período de ansiedade e angústia. Neste sentido, as práticas de educação em saúde devem ajudar a mulher a compreender a gravidez e o parto como eventos fisiológicos, que podem ocasionar alterações físicas e emocionais. Assim, é papel dos profissionais de saúde que prestam assistência ao pré-natal orientar a mulher e seus familiares, além de esclarecer dúvidas, que devem contribuir para a autonomia do cuidado. (QUADROS, et al.; 2016).

2.2 FATORES QUE INTERROMPEM A GRAVIDEZ

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 6º assevera que todos têm direito social à saúde, assim como prevê a proteção à maternidade. O art. 196 do mesmo por sua vez dispõe ser a saúde um direito de todos e dever do Estado. (BRASIL, 1988). Com isso, ao longo dos anos o governo vem implementando programas em prol da melhoria da saúde populacional e vem se preocupando cada vez mais com a saúde reprodutiva da mulher.

Um dos programas governamentais relacionados a assistência a mulher é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi instituído afim de acompanhar as mulheres nas mais diversas idades e situações de vida. O mesmo abrangia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e de recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

A gestação representa um fenômeno fisiológico cuja evolução procede de forma natural e sem intercorrências. O organismo feminino já é programado para essa experiência e a maioria das mulheres a desenvolve sem riscos a si próprias ou ao feto. Contudo, existem fatores externos e internos que podem dificultar o processo gestacional, resultando em complicações para o binômio mãe-filho, podendo ocasionar até o óbito fetal.

Estudos demonstram que fatores sociais, como baixa escolaridade, cor da pele materna, adolescência ou gestante em idade avançada e as baixas condições socioeconômicas, demonstra indicativos que aumentam os índices de morte fetal. Bem como às variáveis maternas (estado nutricional comprometido, infecções e doenças não transmissíveis) e fetais (anomalias congênitas e crescimento intrauterino restrito) que também fazem parte desse processo. (MAZOTI, B. R; ZILLY, A.; FERREIRA, H, et al. 2016).

A mortalidade perinatal é uma categoria da mortalidade infantil que compreende os óbitos fetais com 22 semanas ou mais de gestação ou peso igual ou superior a 500 gramas, e os óbitos neonatais precoces, aqueles ocorridos entre zero e seis dias completos de vida. (MIRANDA. M, H, H; FERNANDES. F, E, C, V; CAMPOS. M, E, A, L, et al. 2017).

No Brasil, a portaria ministerial nº 72 de 11 de janeiro de 2010 estabeleceu que a vigilância e investigação de mortes infantis e fetais são serviços obrigatórios do Sistema Único de Saúde (SUS). A mesma considera ainda que a identificação dos principais fatores de risco associados à morte fetal poderá subsidiar estratégias de prevenção de novos casos. Ressalta-se que a melhoria na oferta dos dados de forma isolada não evita o óbito, mas pode direcionar as intervenções para que sejam adotadas medidas para reduzi-lo. (BRASIL, 2010).

Considerando a magnitude da temática apresentada, no Brasil, as secretarias de saúde dos estados buscaram ampliar a assistência materna e infantil baseada na estratégia ministerial, Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em junho de 2011 pela portaria nº 1.459 (MAZOTI, B. R; ZILLY, A.; FERREIRA. H, et al. 2016).

Com a ajuda das gestões governamentais que norteiam a assistência a saúde com a implementação das portarias e programas voltados para a mulher, considera-se de suma importância a atuação dos profissionais de saúde na educação, na prevenção e na assistência a mulher na sua fase reprodutiva, considerando seu desenvolvimento gestacional e consequentemente visando também a qualidade da saúde da criança. Desta forma podendo reduzir o número de consequências que interfiram na gestação.

2.3 A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL

A assistência à saúde da mulher vem sendo alvo da maioria das ações tradicionalmente implantadas pelas políticas públicas do MS desde a década de oitenta. (BRASIL, 2004).

A partir desta década, novos olhares se voltaram para a assistência à saúde da mulher, pois as políticas públicas que surgiram baseadas no conceito da “Atenção Integral à Saúde das Mulheres” (AISM) traduziram a mudança de foco quanto às prioridades voltadas para a população materno-infantil do país. (BRASIL, 1984 apud BRASIL, 2011).

Esse conceito representou a ampliação do atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução e propiciou a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa incluía entre suas atribuições a realização de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e

recuperação, englobando a assistência à mulher na clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional encontrado. (BRASIL, 1984).

A atenção à mulher parturiente encontra-se difundida em todos os níveis de atenção à saúde na rede pública, pois o atendimento aos usuários do SUS é meta do MS (RIBEIRO et al. 2016). O mesmo preconiza no mínimo seis consultas pré-natais, sendo a primeira no primeiro trimestre, outras duas no segundo trimestre e as três últimas no terceiro trimestre de gestação. Além disso, recomenda alguns exames laboratoriais e sorologias que devem ser solicitados de acordo com o período gestacional.

A atenção pré-natal tem como objetivo identificar, prevenir e tratar agravos que possam afetar a saúde da mãe-filho de modo a favorecer um nascimento saudável, redução da morbimortalidade materno-infantil, aquisição de autonomia e vivência segura do período gestacional. Nesse contexto, surge o papel do enfermeiro, profissional qualificado e indicado para atender o pré-natal de baixo risco que corresponde a 90% dos assistidos no Brasil. (GUEDES; SOUZA; LIMA 2016).

O enfermeiro tem importante papel em todos os níveis de assistência e principalmente na ESF, onde sua função administrativa e assistencial é de extrema relevância. Deve estar sempre sensibilizado para a assistência prestada, além de compreender seus fundamentos e a importância do acompanhamento da gestação, a fim de obter maior adesão ao pré-natal, garantindo-lhe qualidade na assistência e melhor resultado obstétrico e perinatal (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

3.1.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, analítico com abordagem quantitativa. Segundo Fonseca (2002) a pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros e o detalhamento dessas informações é denominado estudo exploratório (LAKATOS; MARCONI; 2015).

Para Lakatos e Marconi (2015) a pesquisa descritiva delinea o que é e aborda quatro aspectos: descrição, registro, análise e interpretação dos fenômenos atuais, objetivando seu funcionamento no presente.

Ainda segundo Fonseca (2002) a pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre variáveis.

3.1.2 Fonte de dados

O local utilizado para a realização da pesquisa será o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) que surgiu em 1991 com a criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), pelo Decreto 100 de 16.04.1991. Na época, a Fundação passou a exercer a função de controle e processamento das contas referentes à saúde que antes era da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV). Foi então formalizada a criação e as competências do DATASUS, que tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle.

No estudo foi utilizado dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para caracterizar a população desses municípios.

3.2 POPULAÇÃO E ÁREA DE ESTUDO

Crianças (natimortos), residentes do estado de Rio Grande do Norte, cuja morte ocorreu entre os anos de 2010 a 2015, e foram notificados no sistema do DATASUS. Para melhor caracterização do evento, a área de estudo das taxas de mortalidade fetal, foram demonstradas apenas em três municípios do RN, sendo eles Natal, Parnamirim e Mossoró. De acordo com o IBGE, a população estimada em 2016 desses municípios são: Natal é 877.662, Parnamirim 248.623 e Mossoró 291.937, representando 41,8% da população do estado.

3.3 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente foi realizada a sistematização dos dados, compreendido pela digitação integral dos dados selecionados pelo sistema DATASUS. Os dados foram digitados em uma planilha no Excel e em seguida feito uma análise descritiva por meio de tabelas e gráficos que permitirá ter uma primeira visão sobre os resultados observados. A partir do DATASUS foram obtidas as informações acerca das estatísticas vitais, mortalidade e nascimento.

As variáveis analisadas relacionadas à mãe foram:

- ✓ Faixa etária;
- ✓ Número de consultas de pré-natal

E relacionadas ao feto foram:

- ✓ Peso ao nascer;
- ✓ Semanas de gestação;

Para descrever a representatividade desse quantitativo absoluto de óbitos, optou-se pela taxa de mortalidade fetal e perinatal obtida pela fórmula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de } \acute{o}bitos \text{ fetais}^3}{N^{\circ} \text{ de nascimentos}^4} * 1000$$

³ Soma do número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais)* e de óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos de vida, ambos de mães residentes

⁴ Número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação)

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Ressalta-se que a presente pesquisa não necessita passar pelo Comitê de ética, segundo a resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Uma vez que foram utilizados dados secundários e informações disponíveis em bases de dados de acesso público.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O compromisso social com a sobrevivência e o desenvolvimento pleno de todas as crianças são direitos humanos inalienáveis. O reconhecimento desses direitos e sua garantia expressam, sem dúvida, o estágio de desenvolvimento das sociedades. Apesar da existência de tecnologia médica, o acesso diferenciado aos recursos e a qualidade da atenção à saúde são determinantes do elevado número de mortes na infância, na sua maioria evitáveis (FRIAS, P. G.; 2013).

O Brasil apresentou uma queda do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) de 33,5 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos em 1998 e de 15,1 em 2012 (FRANCISCO, 2014). Essa redução foi possível, principalmente, pela diminuição de óbitos do componente tardio em todas as regiões. A melhoria desse indicador deve-se a Política Nacional de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (MS), e especial, a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2009).

Apesar da redução do CMI, verifica-se que as causas de mortes de crianças ligadas ao pré-natal não tiveram modificação significativa. Seus fatores casuais encontram-se, intimamente associados com as condições de saúde da gestante, a qualidade de serviços prestados durante o pré-natal, parto e assistência ao recém-nascido. Para mudar essa condição, são necessárias políticas públicas efetivas, investimento financeiro e humano, pois 40% dos óbitos em menores de 1 ano acontece na primeira semana de vida (de 0 a 6 dias), e os outros 30% no primeiro mês de vida (BRASIL, 2009).

No Rio Grande do Norte (RN), as taxas de mortalidade infantil e neonatal reduziram, atingindo a meta firmada no pacto já em 2011 com uma taxa de 13 mortes/1000 nascidos vivos, enquanto a do período neonatal precoce e tardio foram respectivamente de 7 e 2/1000 nascidos vivos. Isto é preocupante quando comparado aos países mais desenvolvidos, onde a taxa é duas a seis vezes menores. Essa situação continua relacionada às condições socioeconômicas, sanitárias e demográficas, bem como à assistência pré-natal, parto cesárea, prematuridade, baixo peso ao nascer, assistência hospitalar e atenção ao recém-nascido no período neonatal (PINHEIRO, et al. 2016).

As análises comparativas desse estudo foram baseadas em três municípios do RN que segundo o censo do ano de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e

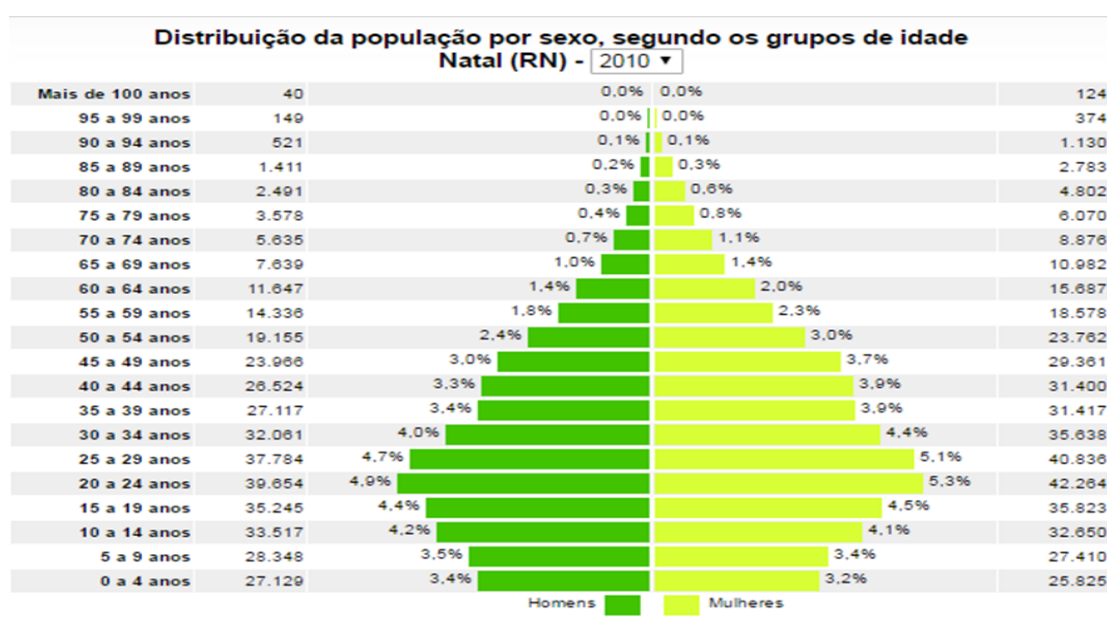
Estatística (IBGE) compreendem cerca de 50% da população, sendo assim, os três municípios mais populosos do estado. São eles: Natal, Parnamirim e Mossoró.

No senso do IBGE de 2010, Natal compreendia uma população de cerca de 803.739 pessoas, hoje, sua população estimada baseia-se em cerca de 877.662, dividido em cinco distritos de saúde, possuindo cerca de 52 unidades básicas de saúde (UBS). Parnamirim em 2010 tinha 202.456 habitantes e hoje se estima em 248.623, possui cerca de 28 UBS. Já o Município de Mossoró em 2010 possuía população de 259.815 e hoje está estimada em 291.037 pessoas, e existem cerca de 40 UBS distribuídas pelo município.

Os três municípios escolhidos possuem além das UBS que são tidas como portas de entrada para os serviços de saúde, serviços de média e alta complexidade que favorecem a assistência da população.

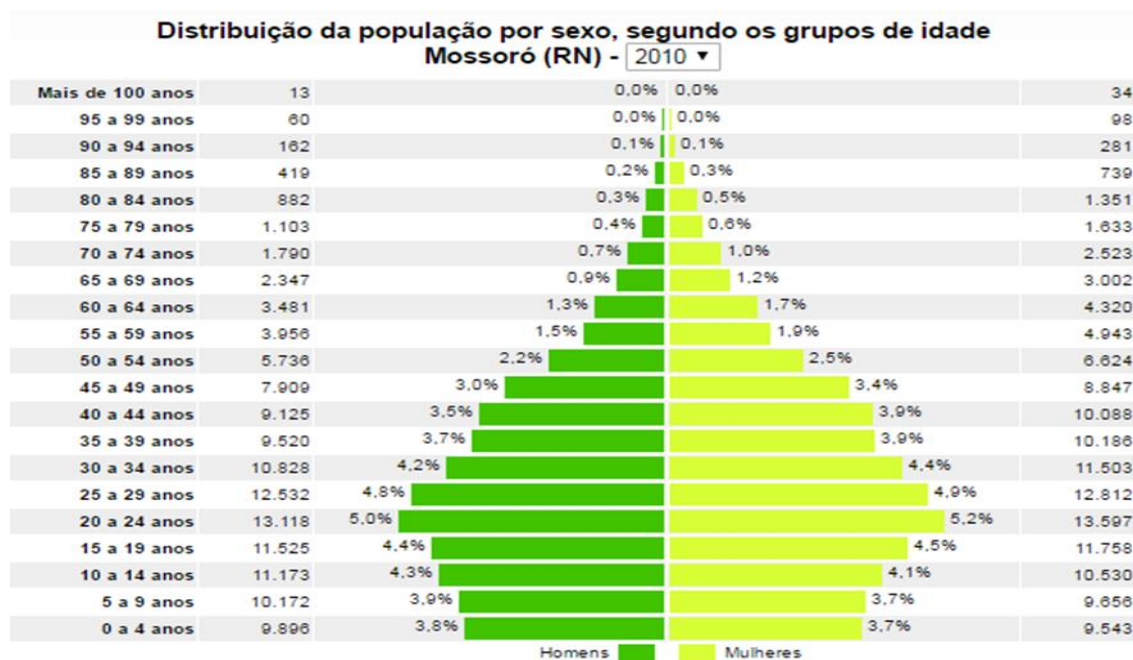
Nas figuras 1, 2 e 3 que se seguem, apresenta a distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade. Observa-se que as bases das pirâmides etárias dos três municípios, que correspondem à idade de zero a quatro anos encontram-se mais estreitas, significando então uma queda na taxa de fecundidade e consequentemente de natalidade.

Figura 1 Pirâmide etária 2010 - Natal



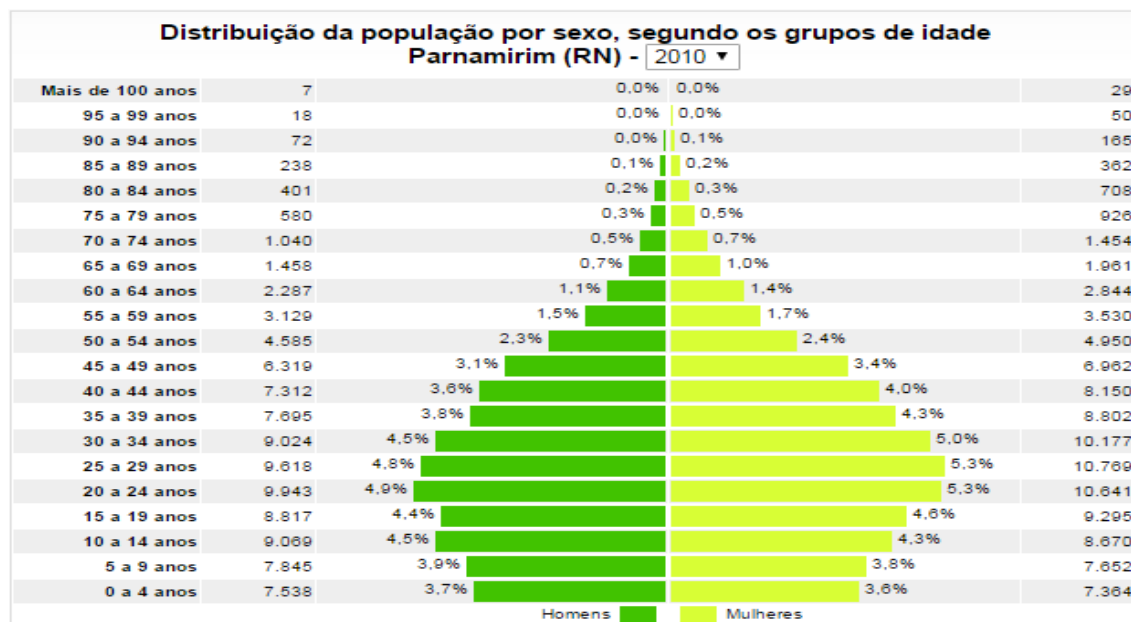
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017.

Figura 2 Pirâmide etária 2010 - Mossoró



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017.

Figura 3 Pirâmide etária 2010 - Parnamirim

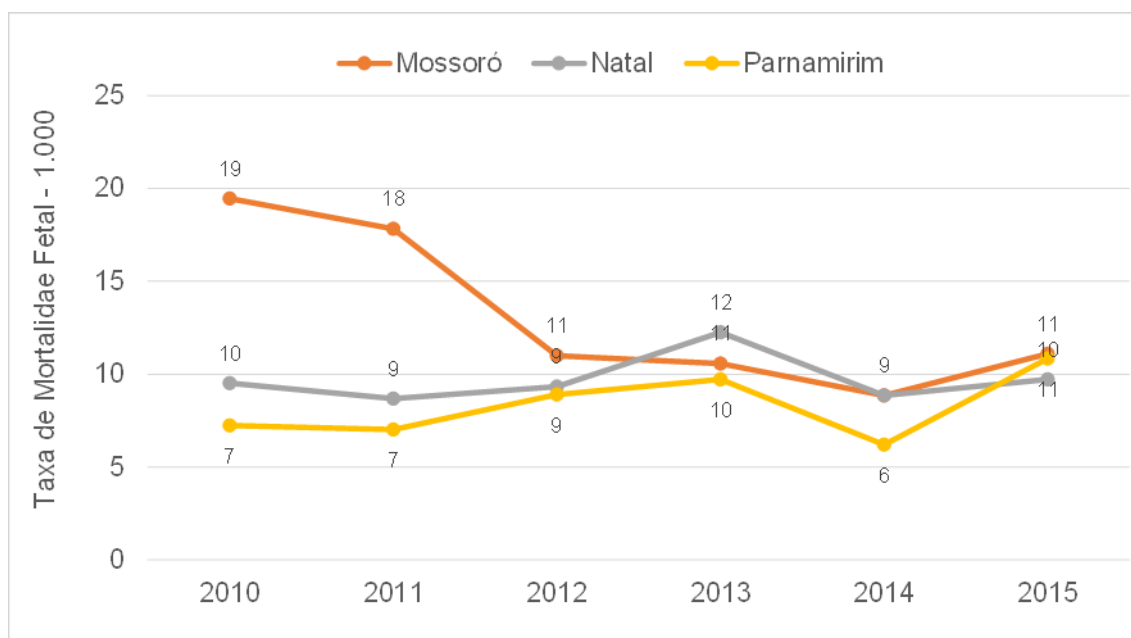


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017.

Apesar de nessa última década ter sido identificado uma redução da natalidade nos três municípios observados, ainda não se pode dizer que a mortalidade também tenha caído de forma significativa. No gráfico 1, ao analisar a taxa de mortalidade fetal dos três municípios estima-se que nos seis anos que foram estudados ainda existe

um índice relativamente alto de mortalidade comparado com a evolução médica e os serviços que podem ser prestados à população.

Gráfico 1 Taxa de mortalidade fetal a cada 1000 nascidos vivos



Fonte: Dados extraídos do Datasus, elaborado pela autora.

Mossoró vem tomando a frente nesse item com um total de treze mortes para cada mil nascidos vivos. Natal vem se mantendo estável ao longo dos anos, com dez mortes a cada mil nascidos vivos, porém, segundo o IBGE é o mais populoso dos municípios analisados. Já Parnamirim no ano de 2014 teve uma baixa considerável e no ano seguinte teve um aumento progressivo, tendo em média oito mortes a cada mil nascidos vivos, apesar da sua população ser a menor comparando os três municípios e sua taxa de mortalidade ser quase idêntica.

Com dois extremos de população entre Mossoró e Parnamirim, e com dados tão próximos, é possível identificar que houve falhas nos serviços de saúde que deveriam ser ofertados a população. Pinheiro et al (2016), afirma que a mortalidade perinatal tem estreita relação com a qualidade, organização e acesso à atenção pré-natal durante a gestação, além da assistência recebida no momento do parto e os cuidados com o recém-nascido.

Uma das prioridades do governo brasileiro, na área da saúde, são as políticas públicas para atenção à saúde da mulher e da criança. O Brasil possui um histórico de evolução dessas políticas, programas e pactos para o grupo materno-infantil, mais

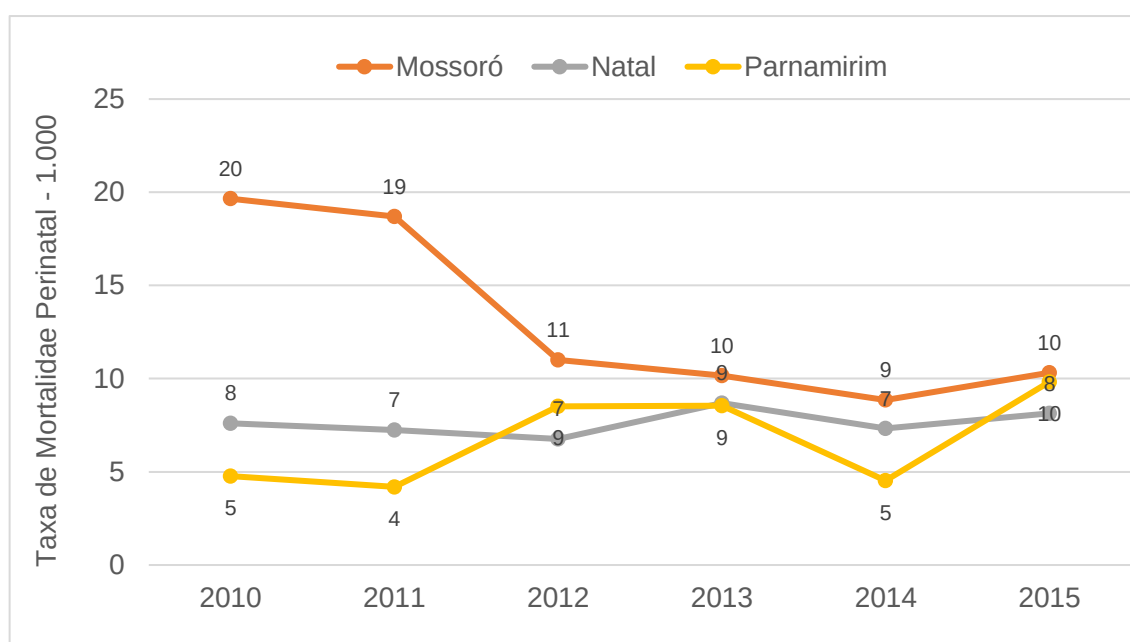
para isso é necessário que a população seja educada e incentivada a procurar os serviços de saúde para usufruir dos seus direitos.

Como já foram relatados, os municípios estudados possuem UBS que ofertam assistência de baixa complexidade; o pré-natal e os cuidados durante a gravidez que envolvem a gestante e a criança previnem a mortalidade infantil. O serviço de saúde deve oferecer no mínimo seis consultas de pré-natal, acompanhadas de exames, medida da curva uterina, vacinas, orientações e tratamentos adequados, dentre outros serviços como ações educativas e reuniões ministradas para esclarecimento geral da população.

A mortalidade infantil é compreendida por períodos distintos; perinatal (a partir de 22 semanas de gestação até 6 dias pós nascimento), neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardia (7 a 27 dias) e pós neonatal (28 a 364 dias). As afecções perinatais correspondem atualmente por cerca de 60% das mortes infantis e 80% dos óbitos neonatais, além de serem a primeira causa de morte em menores de cinco anos (BRASIL, 2009).

Percebendo a relevância da porcentagem associada diretamente aos óbitos perinatais, foi analisado a taxa da mortalidade perinatal a cada 1000 nascidos vivos nos três municípios do estudo, o gráfico 2 mostra essa relação.

Gráfico 2 Taxa de mortalidade perinatal a cada 1000 nascidos vivos



Fonte: Dados extraídos do Datasus, elaborado pela autora.

Analisando o gráfico 2 percebe-se a proximidade entre os valores totais de cada município, Natal e Mossoró se mantendo com média igual de 10 óbitos a cada 1000 nascidos vivos e Parnamirim se mantendo paralelo com média de 8 óbitos a cada 1000 nascidos vivos. Indo mais a fundo nessa comparação, voltando aos dados do gráfico 1 e comparando com os dados do gráfico 2, percebe-se o limiar que uni a média dos óbitos infantis e a média dos óbitos perinatais, constatando a realidade da literatura que afirma que a grande taxa de mortalidade infantil é realmente dos óbitos perinatais.

Uma constante realidade presente nas comunidades que é considerado um dos fatores de risco para os óbitos perinatais é a escolaridade da população, que de certa forma acaba se tornando um grande problema de saúde pública, a falta de acesso das pessoas ao conhecimento acaba dificultando os serviços de saúde a desenvolverem seus projetos com eficácia, uma vez que as pessoas desconhecem seus direitos.

A situação se agrava à medida que o país progride, o que é preocupante pois as políticas públicas de saúde e educação estão aí para benefício da população, mesmo com o incentivo dos programas sociais a realidade é outra e os números altos são a prova de que o que está sendo feito não é o suficiente para mudar a situação da população.

Segundo os dados que seguem abaixo na tabela 1 apurados no DATASUS, os três municípios constataam essa realidade. No período de anos que foram estudados percebe-se que houve uma queda de óbitos perinatais considerável a cada ano de escolaridade que era acrescentado, porém, não é tão significativo quanto o valor exorbitante que compreende as mães que não tem nenhum grau de escolaridade.

Natal vem se mantendo a frente com o número de óbitos maiores em mães não escolarizadas com um valor de 132 mortes, mais esse valor torna-se proporcional ao tamanho da população do município. Mossoró vem em segundo lugar em termos de população e número de óbitos, com média de 77; e Parnamirim se mantém abaixo com média de 11 mortes. Em todos os três municípios foi possível observar que a cada grau a mais de instrução da mãe, menor o valor de números referentes aos óbitos perinatais.

Tabela 1 Taxa de mortalidade perinatal a cada 1000 nascidos vivos segundo escolaridade da mãe (Natal)

Escolaridade mãe	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Nenhuma	105	63	200	200	273	0	132
1 a 3 anos	30	61	81	179	80	227	85
4 a 7 anos	17	26	44	43	38	31	31
8 a 11 anos	10	15	10	9	8	15	11
12 anos e mais	9	11	5	17	10	12	11
Ignorado	500	138	76	213	222	260	226
Total	20	21	18	23	18	22	20

Fonte: Dados extraídos do Datasus, elaborado pela autora.

Tabela 2 Taxa de mortalidade perinatal a cada 1000 nascidos vivos segundo escolaridade da mãe (Mossoró)

Escolaridade mãe	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Nenhuma	53	125	0	0	182	133	77
1 a 3 anos	18	70	81	30	60	136	54
4 a 7 anos	14	16	15	7	3	2	10
8 a 11 anos	4	4	3	4	3	6	4
12 anos e mais	13	4	2	11	5	7	7
Ignorado	586	379	127	170	267	140	276
Total	18	15	9	9	8	9	11

Fonte: Dados extraídos do Datasus, elaborado pela autora.

Tabela 3 Taxa de mortalidade perinatal a cada 1000 nascidos vivos segundo escolaridade da mãe (Parnamirim)

Escolaridade mãe	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Nenhuma	0	0	91	0	0	0	11
1 a 3 anos	6	8	17	9	0	13	8
4 a 7 anos	11	5	12	11	6	14	10
8 a 11 anos	1	3	6	5	3	11	5
12 anos e mais	3	0	1	3	3	2	2
Ignorado	43	37	133	261	111	188	113
Total	4	3	8	7	4	10	6

Fonte: Dados extraídos do Datasus, elaborado pela autora.

Nos países em desenvolvimento, as mortes perinatais estão relacionadas às afecções preveníveis ou controláveis, através de uma especial atenção na fase pré-

natal e uma adequada assistência ao parto e ao recém-nascido. Diferentemente do que é observado nos países mais desenvolvidos, onde predominam as perdas de difícil prevenção, como por exemplo, as malformações congênitas (BRASIL, 2009). A baixa escolaridade tanto representa uma condição socioeconômica desfavorável como pode contribuir para piores hábitos alimentares e comportamentos de risco mais frequentes, e ainda aumenta o risco de não comparecimento ao pré-natal.

Outro fator importante associado ao risco de óbito perinatal é a idade da mãe, ficou evidenciado nas buscas pelo DATASUS que mães em idade jovem tem mais probabilidade de perderem seus filhos ainda no estágio perinatal, não foram encontrados dados que se tornassem relevantes para o presente estudo de mães em idades avançadas pois quase não tinham relatos das mesmas.

Segundo o MS a adolescência é uma importante etapa do desenvolvimento humano e é durante este período que a sexualidade se manifesta em novas necessidades e sensações corporais, em desejos desconhecidos e na busca de relacionamento interpessoal ocasionados pelas alterações hormonais da puberdade e é aí que a incidência da gravidez acontece (BRASIL, 2013).

Considerando a relevância e a popularidade desses casos foi notado a grande incidência dos óbitos ocorridos nessa fase de transição, onde o corpo da mãe já passa por períodos de mudança inerentes a evolução da idade, como também as modificações próprias da gestação. Na tabela 2 evidencia-se nos três municípios a incidência de óbitos perinatais em mães cuja faixa etária é menor (de 10 a 14 anos), Natal e Mossoró se mantem na média de 10 óbitos a cada 1000 nascidos vivos e Parnamirim se destaca com a média de 16 óbitos perinatais a cada 1000 nascidos vivos.

Contudo, apesar de o índice de mortalidade ser maior em mães de faixa etária mais jovem, foi observado, que no município de Mossoró as mães de faixa etária entre 40 a 44 anos apresentaram no ano de 2011 e 2015 um elevado número de óbitos, aumentando assim a média dos anos estudados, totalizando em 30 óbitos perinatais a cada 1000 nascidos vivos. Isso deve-se também ao fato das mudanças que ocorrem no organismo feminino quando se aproxima o período do climatério, outro fator de relevância é que cada mulher já nasce com a quantidade certa de óvulos que serão liberados ao longo da vida para fecundação, então a cada ano que passa mais maduro esse óvulo fica favorecendo assim a facilitação de doenças e síndromes genéticas.

Tabela 2 Taxa de mortalidade perinatal a cada 1000 nascidos vivos segundo faixa etária da mãe (Natal)

Faixa etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
10 a 14 anos	10	9	30	0	0	9	10
15 a 19 anos	5	4	4	5	12	9	6
20 a 24 anos	7	7	6	7	6	6	6
25 a 29 anos	4	4	3	7	4	5	4
30 a 34 anos	6	8	7	6	4	6	6
35 a 39 anos	9	7	7	7	5	11	8
40 a 44 anos	20	4	7	29	3	3	11
Total	10	9	30	0	0	9	10

Fonte: Dados extraídos do Datasus, elaborado pela autora.

Tabela 2 Taxa de mortalidade perinatal a cada 1000 nascidos vivos segundo faixa etária da mãe (Mossoró)

Faixa etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
10 a 14 anos	32	38	0	0	0	0	10
15 a 19 anos	15	12	6	8	7	2	8
20 a 24 anos	16	15	4	3	7	5	9
25 a 29 anos	18	10	7	8	6	6	9
30 a 34 anos	18	9	11	16	5	7	11
35 a 39 anos	25	28	14	7	3	19	16
40 a 44 anos	18	56	14	11	25	65	30
Total	18	15	9	9	8	9	11

Fonte: Dados extraídos do Datasus, elaborado pela autora.

Tabela 2 Taxa de mortalidade perinatal a cada 1000 nascidos vivos segundo faixa etária da mãe (Parnamirim)

Faixa etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
10 a 14 anos	0	0	30	57	0	0	16
15 a 19 anos	2	4	8	5	5	6	5
20 a 24 anos	8	4	7	7	2	9	6
25 a 29 anos	2	3	12	8	4	7	6
30 a 34 anos	4	2	5	6	2	13	6
35 a 39 anos	3	3	3	10	9	12	7
40 a 44 anos	0	14	0	0	0	11	4
Total	4	3	8	7	4	10	6

Fonte: Dados extraídos do Datasus, elaborado pela autora.

Levando em consideração esses valores tão elevados e a frequente incidência da gravidez na adolescência, é recomendada que ocorra uma captação precoce dessas gestantes; é imprescindível sensibilizá-las sobre a importância do retorno ao serviço para revisão puerperal, realizar uma educação permanentemente com os profissionais de saúde que irão assisti-las e criar estratégias e campanhas educativas que facilitem o acesso das mesmas aos serviços de saúde, com objetivo de informá-las, garantindo acesso aos métodos contraceptivos, prevenindo agravos à saúde do binômio mãe-filho (VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012).

Durante a assistência pré-natal, a equipe precisa ter a preocupação de orientar a adolescente sobre os aspectos da gravidez, os hábitos saudáveis de nutrição e os cuidados que devem ser dispensados à criança. Deve ser dada importância ao vínculo familiar, ao aleitamento materno, ao hábito de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do bebê, à vacinação e à prevenção de acidentes na infância (BRASIL, 2013).

A consulta do pré-natal é notadamente o principal meio de prevenir os óbitos infantis. A assistência prestada à mãe durante a gestação pode com certeza definir a evolução e o desenvolvimento desse bebê. Várias literaturas ao longo do desenvolvimento desse estudo mostram a importância da assistência à mãe no decorrer da gestação, e traz ainda que a consulta pré-natal é uma das principais formas de se prevenir os óbitos.

Nas tabelas 3 e 4 os dados confirmam a relevância da consulta pré-natal e constata-se isso por meio claro e preciso. É perceptível a diferença de valores de nascidos vivos em mães que fizeram o acompanhamento certinho do pré-natal, para mães que não fizeram nenhuma consulta.

Foram analisados os três municípios separadamente e somados os seus valores, da mesma forma para as duas tabelas, o valor é demasiado comparando as duas, onde o valor representativo para os nascidos vivos com mais de 7 consultas foram 65.093 e o valor para nenhuma consulta foi de apenas 3.154 nascidos vivos.

Para as mães que fizeram o pré-natal completo como preconiza o MS e tiveram 7 consultas ou mais os valores se mostraram satisfatórios. Natal se manteve à frente dos outros municípios com média de 40066 nascidos vivos, Mossoró dessa vez se mostrou em terceiro lugar, mais com média ainda boa de 10647 e Parnamirim dessa vez se destaca com o valor mais próximo aos da capital com média de 14380 nascidos vivos.

Quanto aos dados obtidos referentes as mães que não realizaram nenhuma consulta do pré-natal, os números se mostram bastante realistas e alarmantes. A capital metropolitana se mantém novamente a frente com total de 1873 nascidos vivos, Mossoró em seguida com 782 e Parnamirim com total de 499 nascidos vivos.

Tabela 3 Nascidos vivos por 7 ou mais consultas de pré-natal

Município	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Natal	6276	6525	6613	6711	6771	7170	40066
Mossoró	808	1810	1785	2212	2045	1987	10647
Parnamirim	2309	2037	2351	2458	2579	2646	14380
Total	9393	10372	10749	11381	11395	11803	65093

Fonte: Dados extraídos do Datasus, elaborado pela autora.

Esses valores são a prova de que uma assistência de qualidade prestada a mãe no decorrer da sua gestação, pode não só reduzir a taxa de mortalidade infantil, bem como evitar esses óbitos.

Tabela 4 Nascidos vivos por nenhuma consulta de pré-natal

Município	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Natal	264	325	352	376	318	238	1873
Mossoró	45	149	137	106	148	197	782
Parnamirim	38	73	54	117	110	107	499
Total	347	547	543	599	576	542	3154

Fonte: Dados extraídos do Datasus, elaborado pela autora.

Visando promover um novo olhar sobre a assistência prestada desde a gestação até o parto e para garantir uma assistência que satisfaça às necessidades do binômio mãe-filho, é necessário um acompanhamento com cuidados humanizados, mediado por equipe de saúde constituída por profissionais de atitudes e conscientes do papel que desempenham nesse processo. É necessário sempre destacar a importância do profissional enfermeiro no desenvolvimento da assistência à gestante durante o acompanhamento pré-natal (RIBEIRO et al; 2016).

Nesse sentido, o enfermeiro tem importante papel em todos os níveis de assistência e principalmente na ESF, onde sua função administrativa e assistencial é de extrema relevância. Esse profissional deve estar sensibilizado para a assistência prestada à clientela, além de compreender seus fundamentos e a importância do acompanhamento da gestação, a fim de obter maior adesão ao pré-natal, garantindo-lhe qualidade na assistência e melhor resultado obstétrico e perinatal (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

5 CONCLUSÃO

Nesse estudo, concluiu-se que a maior taxa de mortalidade infantil é a do período perinatal; que as principais causas dos óbitos fetais são evitáveis e que os resultados obtidos dos três municípios estudados são bastante próximos mesmo com as características de população sendo distintas. Também se concluiu que a escolaridade baixa das mães tem influência direta nos óbitos e que a incidência da gestação na adolescência também deixou seu marco na taxa de mortalidade infantil. E foi evidenciado de forma clara que uma assistência de qualidade prestada a mulher no desenvolvimento da sua gestação pode reduzir de forma significativa essa incidência.

Para o estudo, utilizaram-se dados existentes no TABNET-DATASUS, o qual forneceu indicadores para sua realização. Chamou a atenção que, e alguns itens há ausência de informações, o que gera limitações e pode indicar falhas. Salienta-se ainda a importância do correto preenchimento de todos os campos de investigação para melhor qualificação dos dados.

Ficou evidenciado que para a redução do índice de mortalidade infantil nos três municípios estudados, é necessário se aprofundar mais no planejamento familiar, na captação precoce das gestantes, na capacitação dos profissionais para melhor atenderem no pré-natal e investir numa assistência de qualidade prestada a gestante e ao recém-nascido nos serviços de baixa e de alta complexidade.

Como uma medida de intervenção seria recomendado investir nesses planejamentos, também é necessário sempre capacitar os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) uma vez que sua administração e liderança são papéis fundamentais na continuidade dos serviços prestados. Algumas formas possíveis de ampliação seria por meio da estratégia de saúde da família (ESF), da Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e da qualificação da assistência pré-natal, de forma que viesse realizar todos os exames gestacionais, que ampliasse a oferta das consultas obstétricas e as referências de unidades que atendessem a gestação de alto risco, que houvesse uma busca ativa extramuros das gestantes faltosas e que fosse garantido a realização de no mínimo 6 consultas de qualidade como preconiza o ministério da saúde.

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological process comprised of the sequence of adaptations that have occurred in the woman's body since fertilization, lasting on average 280 days or 40 weeks. The Ministry of Health's (MS) High Risk Pregnancy Manual reports that there are several factors that cause gestational complications and these factors can be readily identified during prenatal care, so health professionals must be alert to identify fatal prognoses in this process. In order to diagnose complications due to poor gestational development and reduce the high rates of fetal morbidity and mortality in Brazil, it is relevant to reflect on health actions and to evaluate the quality of care provided through health indicators. In this way the study has the general objective: To understand the fetal mortality in the municipalities of Natal, Parnamirim and Mossoró. The specific objectives were: To identify vulnerability characteristics related to fetal deaths; Describe the deaths and births in the first days of the children's life, it is a quantitative, exploratory and descriptive study, with a documentary approach; Conducted in DATASUS analyzing the years 2010 to 2015, in the municipalities of Natal, Parnamirim and Mossoró. It was evidenced that in order to reduce the infant mortality rate in the three municipalities studied, it is necessary to delve deeper into family planning, early pregnancy recruitment, training of professionals to better attend prenatal care, and investing in quality care provided to pregnant women. And the newborn in low and high complexity services.

Keywords: Prenatal care. Fetal death. Nursing

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, T. L. A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. **O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes.** Cogitare Enferm. Minas Gerais, v.16, n.1, p.29-35, jan/mar. 2011.
- 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**, 2ª edição, Brasília-DF • 2009.
- BRASIL. **LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986**, Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Presidência do Brasil, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. **A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 72, de 11 de janeiro de 2010. **Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS.** Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2010.
- BRASIL. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha, Ministério da Saúde, 2011.
- FRIAS, P. G.; **Adequação das Informações sobre Nascidos Vivos e Óbitos e a Estimativa da Mortalidade Infantil no Brasil**, Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de pós- graduação em saúde da criança e do adolescente, Recife 2013.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MANN, L.; KLEINPAUL, F.; MOTA, C. B.; SANTOS, S. G. **Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão.** Motriz, Rio Claro, v.16 n.3 p.730-741, jul./set. 2010
- MAZOTTI, B. R.; ZILLY, A.; FERREIRA, H.; CALDEIRA, S.; SILVA, R. M. M.; **Fatores epidemiológicos correlacionados ao risco para morte fetal: revisão integrativa da literatura;** Arq. Ciênc. Saúde. 2016 abr-jul.
- MEHOUDAR, A. **Da gravidez aos cuidados com o bebê:** um manual para pais e profissionais. Summus editorial, 2012, 1º edição, 120p.
- MIRANDA, M. H. H.; FERNANDES, F. E. C. V.; CAMPOS, M. E. A. L.; **Determinantes associados à mortalidade perinatal e fatores associados;** Rev enferm UFPE on line., Recife, mar., 2017
- MONTENEGRO, C. A. B; RESENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental.** 13. ed.

Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

PICCININI, A. G. G.; NARDI, T.; LOPES, R. S.; **gestação e a constituição da maternidade**; Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008

QUADROS, J. S.; REIS, T. R. L.; COLO M É, J. S.; **Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição** Rev Rene. 2016 jul-ago.

QUEIROZ, L. F.; LEAO, L. L.; SILVA, L. A.; JUDICE, G. M.; SILVA, R. C. D.; **Estudo em maternidade do sudoeste goiano sobre as complicações respiratórias neonatais relacionadas com o peso do nascimento e idade gestacional**; Rev. Ped. SOPERJ, v. 17, n. 1, p. 8-14, fev. 2017.

RIBEIRO, J. F.; SOUZA, V. L. E.; SOUSA, A. S.; SILVA, G. L. L.; SOUSA, V. C.; SOUZA, F. A; **Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família** R. Interd. v. 9, n. 1, p. 161-170, jan. fev. mar. 2016

SANTOS, M. B. S.; CARDOSO, S. M. M.; BRUM, Z. P.; RODRIGUES, A. P.; MACHADO, N. C. B.; ROCHA, L. S.; **Qualidade da assistência de enfermagem prestada à gestante de alto risco em âmbito hospitalar**; Scientia Tec: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia do IFRS – Campus Porto Alegre, v.3, n.2, p:25-38, jun/dez 2016.

Secretaria de Atenção à Saúde Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, **Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. Brasília, 2013. Disponível em:

SOUZA, G. W. G.; SOUSA, M. N. A.; LIMA, T. N. F. A.; DAVIM, R. M. B.; COSTA, T. C.; **Conhecimentos de gestantes quanto aos benefícios do parto normal na consulta pré-natal**; Rev enferm UFPE on line, Recife, out., 2016.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S.; **Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram**; Rev Bras Enferm. 2014 mar-abr.

VILARINHO, L. M.; NOGUEIRA, L. T.; NAGAHAMA, E. E. I. **Avaliação da qualidade da atenção á saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério**. Esc Anna Nery, abr-jun; 16, 2012 p.312-319