



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

ÓBITO NEONATAL: principais causas, desafios e avanços no Brasil

FARIAS, ADRIANA ¹

FELISMINO, HÉRICA PAIVA ²

RESUMO

As causas de mortes evitáveis são aquelas que podem ser evitadas por meio de ações de saúde, como: assistência à mulher na gestação por meio do pré-natal, atenção ao recém-nascido na sala de parto e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), adequada atenção ao parto e ações de imunização. Os óbitos que acometem crianças de 0 a 28 dias de vida são considerados óbitos neonatais. Neste sentido, o presente trabalho teve como objetivo geral destacar as principais causas de óbitos neonatais no Brasil. E como objetivos específicos: identificar os fatores desencadeantes de óbito neonatal, evidenciar os dados epidemiológicos dos óbitos neonatais, destacar as principais ações de enfrentamento contra o óbito neonatal e descrever o papel da enfermagem no enfrentamento ao óbito neonatal. O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva e qualitativa. Os dados foram coletados no período de agosto de 2017 a abril de 2018. Nas bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Conforme os resultados alcançados, as causas de mortes evitáveis em recém-nascidos são inúmeras, como, por exemplo, a assistência à mulher na gestação, que se dá através do pré-natal; cuidados imediatos prestados ao recém-nascido na sala de parto e cuidados na UTIN; transferência dos recém-nascidos por falta de vaga na UTIN e adequada assistência ao parto. Concluiu-se que o número dos óbitos neonatais no Brasil vem diminuindo, porém, ainda é elevado e considerado um alerta para os profissionais e autoridades da saúde.

Descritores: Causas de Morte. Recém-nascido. Assistência Integral à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). E-mail: adrianafariasj@outlook.com.br

² Professora Orientadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). E-mail: hericafelismino@yahoo.com.br

Até meados da década de 1940 o Brasil caracterizou-se pela prevalência de altas taxas de natalidade e de mortalidade. A partir deste período, com a incorporação dos avanços da medicina às políticas de saúde pública, particularmente os antibióticos recém-descobertos na época e importados no pós-guerra, o país iniciou uma transição demográfica, caracterizada pelo início da queda das taxas de mortalidade. Naquela década a expectativa de vida ao nascer no Brasil, para o conjunto da população, era inferior aos 50 anos de idade. Os maiores níveis da diminuição da mortalidade ocorreram durante a década de 1980. A expectativa de vida ao nascer entre os anos de 1980 e 1991 teve um acréscimo de 4,36 anos (IBGE, 2010).

A partir de 1940, observam-se diminuições contínuas nas taxas de mortalidade das crianças até 5 anos. Entre 1940 e 2015 a mortalidade infantil apresentou declínio da ordem de 90,6%, enquanto que a mortalidade entre 1 a 4 anos de idade, a diminuição foi de 97,0%. Neste período foram poupadas 133 vidas de crianças menores de um ano para cada mil nascidas vivas (IBGE, 2016).

Na década de 1970, no Brasil, a mortalidade infantil atingia patamares próximos dos de países subdesenvolvidos da África e da Ásia, ultrapassando 90 óbitos por 1.000 nascidos vivos, sendo que considerável parcela desses óbitos foi atribuída a causas passíveis de prevenção, principalmente ao binômio infecção-desnutrição. Já em 1990, a taxa de mortalidade infantil (TMI) era de 48,3%, caindo ainda mais na década seguinte, chegando em 2009 a 14,8 óbitos de menores de um ano, por 1.000 nascidos vivos (BUENO *et al.*, 2012).

O período neonatal se refere de 0 a 28 dias de vida completos. As mortes neonatais que ocorrem entre nascidos vivos, podem ser subdivididas em mortes neonatais precoces, que ocorrem durante os primeiros sete dias de vida, e mortes neonatais tardias, que ocorrem após o sétimo dia, mas antes de 28 dias completos de vida (BRASIL, 1967).

Os dados de óbitos por causas evitáveis do Ministério da Saúde foram usados como subsídio para a melhoria da atenção à mulher e recém-nascido. Sendo assim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi elaborada em 2004, bem como a Rede Cegonha de atenção voltada ao recém-nascido. Em 2011, foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 1.459/2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Esta

Rede é operacionalizada pelo SUS e fundamentada nos princípios de humanização e assistência, para garantir as mulheres, crianças e recém-nascido o direito a ampliação do acesso e acolhimento ao pré-natal, realização de parto e nascimento seguros e atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses, com qualidade e resolutividade (COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012).

De acordo com Souza *et al.* (2007), as causas de mortes evitáveis por intervenções no âmbito do SUS para menores de 5 anos de idade são: reduzíveis por ações de imunoprevenção, reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto, e ao recém-nascido, reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis, reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto, reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido, reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento, reduzíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna, causas mal definidas, demais causas (não claramente evitáveis).

Considerando as causas de mortes evitáveis, o pré-natal como uma atenção de acompanhamento à gestante é importante para evitar possíveis complicações gestacionais e nos momentos do parto e pós-parto que possam acometer o recém-nascido e a mãe. O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher e acompanhar a mulher do início ao fim da gestação, para que nasça uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, ofertando um fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005).

A assistência de enfermagem à gestante e ao embrião é importante para o acompanhamento do desenvolvimento da gestação, atuando na prevenção de possíveis complicações e diagnósticos precoces que possam interferir neste período, e ainda evitar surpresas na hora do parto. A enfermagem deve acompanhar a gestante de forma humanizada e integral, orientando sobre estilo de vida, dieta, orientações sexuais, cuidados com o recém-nascido e esclarecimento de dúvidas sobre o

aleitamento materno. E logo após o parto, no puerpério é importante que a mãe e o recém-nascido também sejam acompanhados para evitar possíveis patologias.

Os dados referentes aos óbitos neonatais podem ser considerados um alerta para a saúde pública e, apontam para a necessidade de melhor abordagem ao público-alvo, as mulheres gestantes, de modo que elas possam ter a garantia do atendimento pré-natal, com qualidade no atendimento, promovendo a eficiência e eficácia dessas consultas, resultando na diminuição dos números de óbitos neonatais e qualidade de vida mãe-filho.

O acesso aos cuidados obstétricos de qualidade durante o acompanhamento de todo o ciclo gestacional até o nascimento do bebê, com atendimento de qualidade em todos os níveis de complexidade, tem como consequência uma maior sobrevivência dos recém-nascidos (BITTENCOURT; GAÍVA, 2014).

Dentro desse contexto, este estudo partiu da seguinte questão norteadora: Quais as principais causas e desafios do óbito neonatal no Brasil?

Diante da problemática apresentada, faz-se necessário contribuir para que os profissionais de saúde tenham ciência do que está acontecendo, expondo-se sobre como evitar danos, a fim de reduzir causas que resultem no óbito-neonatal.

Algumas experiências vivenciadas com o óbito neonatal determinaram a escolha desse tema que se presencia corriqueiramente e ainda é negligenciado pelos profissionais da saúde, quando poderia se valorizar uma melhor assistência à mãe e ao recém-nascido.

A qualificação dos profissionais da saúde para a assistência à mulher e o recém-nascido tem atingido maiores proporções, porém, ainda precisa de uma atenção ampliada e de maior importância para a diminuição do óbito neonatal. O cuidado ao recém-nascido é imprescindível e muitas vezes decisivo na vida do mesmo. Assim, a capacitação e a identificação do profissional com a sua área de atuação são imperativos ao bom exercício da sua profissão.

Desse modo, foi determinado como objetivo geral deste estudo destacar as principais causas e desafios do enfrentamento ao óbito neonatal no Brasil. Para tanto, foram traçados os seguintes objetivos específicos: identificar os fatores desencadeantes do óbito neonatal; evidenciar os dados epidemiológicos dos óbitos neonatais; destacar as principais ações de enfrentamento contra o óbito neonatal; e descrever o papel da enfermagem no enfrentamento ao óbito neonatal.

2 METODOLOGIA

Trata de uma revisão bibliográfica, descritiva e qualitativa. A pesquisa bibliográfica consiste no levantamento de um determinado tema através de bases de dados nacionais e internacionais que contém artigos científicos e outros documentos (JANKOSKI; NEVES; SCHINAIDE, 2013).

Os dados foram coletados no período de agosto de 2017 a abril de 2018, utilizando-se as seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), com os descritores: causas de morte, recém-nascido, assistência integral a saúde, com os operadores booleanos “AND” e “OR”, na busca das causas de óbito neonatal, os desafios e avanços.

Os critérios de inclusão foram: artigos que abordassem a temática, no idioma português e espanhol, texto completo, publicados no período de 2000 a 2017. E como critérios de exclusão, foram descartados os materiais que não abrangiam a temática, em idiomas que não fossem português e espanhol, texto não completo e que não estivesse dentro do referido período.

Diante da pesquisa realizada na base de dados Lilacs utilizando o booleano “AND” foram encontrados 569 artigos, após a aplicação do filtro com os critérios de inclusão, resultou em 205 artigos, dos quais 09 foram selecionados de acordo com o tema abordado para uma melhor análise. E com o booleano “OR”, foram encontrados 55.664 artigos, aplicando o filtro de acordo com os critérios de inclusão resultou em 274 artigos e selecionados 3, de acordo com o tema abordado.

Na base de dados Scielo foram encontrados 196 artigos, aplicando o filtro de acordo com os critérios de inclusão resultou em 52 artigos, dos quais foram selecionados 14 artigos, de acordo com o tema abordado. Na base de dados Bireme foram encontrados 438 artigos, aplicando o filtro de acordo com os critérios de inclusão resultou em 29 artigos dos quais foram selecionados 3 de acordo com o tema abordado. Totalizando 107 artigos. Dos artigos selecionados 09 compõem a amostra do estudo, por atenderem aos objetivos propostos. Após a coleta, os dados foram apresentados em um quadro sinóptico, organizado de acordo com os 09 artigos da amostra, contendo: título, ano, objetivo principal, resultados das pesquisas e conclusão das pesquisas, contemplando as causas, desafios e avanços no combate ao óbito neonatal.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para uma melhor compreensão da temática será discutido, à diante, os fatores que desencadeiam o óbito neonatal, como também seus aspectos epidemiológicos, as ações de enfrentamento e o papel do enfermeiro no combate ao óbito neonatal.

3.1 FATORES DESENCADEANTES DO ÓBITO NEONATAL

O óbito neonatal no Brasil representa um importante indicador da saúde materno-infantil. Estes óbitos decorrem de uma assistência ineficiente prestada às gestantes e neonatos nos períodos do pré-natal, sala de parto e puerpério. As notificações desses casos de morte de recém-nascidos muitas vezes são negligenciadas pelos profissionais, prejudicando o planejamento de ações e intervenções para a redução de número de mortes. As políticas de saúde com o objetivo de qualificar a assistência obstétrica e neonatal existem, entretanto, depara-se com a ineficiência de planejamento, execução e avaliação das ações propostas, e que resulta na falta de qualidade das consultas de pré-natal e da assistência ao parto. Além disso, a precariedade da estrutura física e tecnológica disponível para o atendimento à gestante e ao bebê de alto risco contribui para as altas taxas de mortalidade infantil e neonatal no país (BITTENCOURT; GAÍVA, 2014).

A assistência ineficiente no pré-natal não é unifatorial, e sim, um conjunto de fatores resulta nesta ineficiência. As desigualdades socioeconômicas, condições biológicas das gestantes, acesso aos serviços de saúde e a falha na detecção das comorbidades durante a gestação influenciam para o óbito neonatal. Entre os principais programas dentro das políticas públicas voltadas a materno-infantil, o Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (SIS-Pré-Natal), tem como intuito: melhorar o acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e da assistência neonatal, cobrindo União, Estados e Municípios com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas. Entretanto, pouco se avançou para a efetivação de políticas públicas que favorecessem melhor atenção à saúde materna (BERTOLOZZI; DALMAS; FERRARI; GIROTTO, 2014).

No período do parto a assistência inicia-se com a admissão da parturiente, que deve ser feita pelo enfermeiro e muitas vezes devido a uma rotina mecanicista, acaba sendo negligenciada, acarretando em uma série de riscos na hora do parto, pela não realização da anamnese completa e detecção de possíveis intercorrências que possam acontecer. Além de uma deficiência na Sistematização do Processo de Enfermagem e consequentemente no Plano de Cuidar, que deve ser desenvolvido visando atender as necessidades específicas de cada mulher. A assistência acaba sendo voltada para realização do procedimento em si, deixando a desejar a humanização e o olhar para a parturiente (RAMOS; SANTOS, 2012).

A precariedade da estrutura física e tecnológica para assistência ao recém-nascido de alto risco decorre da falta de investimento financeiro e má distribuição dos recursos disponíveis para cada estado. Para que se possa instalar uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é necessária uma estrutura física e capacitação de profissionais que estejam capacitados para manusear os equipamentos com precisão. Esta deficiência resulta no aumento do número de mortes neonatais, por não existir leitos suficientes que atendam a demanda da população em muitos estados brasileiros.

3.2 EPIDEMIOLOGIA DO ÓBITO NEONATAL

No período de 1930 a 2009 a mortalidade infantil no Brasil teve uma diminuição de 86% dos óbitos em nascidos vivos. Porém, a mortalidade neonatal, em especial a precoce, desde 1990 considera-se o principal componente dos óbitos infantis, com cerca de 70% da mortalidade infantil (BITTENCOURT; GAÍVA, 2014). Esta diminuição no índice de mortalidade infantil ocorreu devido à criação de políticas públicas de saúde, que se constitui no conjunto de ações e intervenções em um determinado cenário, objetivando a possível resolução da situação de saúde presente naquele ambiente.

Em 1984, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde para crianças de 0 a 5 anos de idade, tendo em vista o foco na atenção primária. Em 2000, foi criado o Método Mãe-Canguru, visando atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Em 2001 aconteceu a implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), objetivando identificar as doenças infectocontagiosas e

congênitas. No ano de 2004 a Portaria GM/MS nº 1.25823 instituiu o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Em 2011 o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha para acompanhar e proporcionar saúde e bem-estar as gestantes desde o pré-natal até o crescimento e desenvolvimento da criança (BUENO *et al.*, 2012).

A Rede Cegonha abrange desde a assistência no pré-natal até o crescimento e desenvolvimento da criança. No cenário do pré-natal o Ministério da Saúde preconiza no mínimo seis consultas e que sejam iniciadas dentro dos três primeiros meses da gravidez. Ainda durante o pré-natal a mulher é informada sobre a maternidade que irá parir. A forma como a parturiente é acolhida é de fundamental importância para um bom desenvolvimento do trabalho de parto e parto, com o nascimento de uma criança saudável. Por isso, a rede de saúde busca oferecer um cuidado adequado, respeitoso e humanizado à mulher e à criança no momento do parto. Algumas boas práticas são recomendadas: clampeamento do cordão em tempo oportuno, contato pele-a-pele de mãe e recém-nascido, aleitamento materno na primeira hora de vida e alojamento conjunto (BRASIL, 2018).

Essas práticas, quando atendidas, irão auxiliar positivamente no puerpério e ao recém-nascido. Dentre os benefícios podem ser citados o vínculo mãe e filho, conferir imunidade ao recém-nascido, o auxílio e orientação as puérperas com a amamentação, cuidados com o recém-nascido, resolução de possíveis dúvidas e fortalecimento do vínculo familiar. Após a alta hospitalar a mãe e o recém-nascido devem seguir a orientação do Ministério da Saúde com relação ao número de consultas para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de acordo com o seguinte calendário: primeira semana, primeiro mês, segundo mês, quarto mês, sexto mês, nono mês, décimo segundo mês, décimo oitavo mês, vigésimo quarto mês e a partir de dois anos, as devem ser consultas anuais.

O Programa Nacional de Triagem Neonatal foi lançado em 6 de junho de 2001 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar a Triagem Neonatal existente (Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito), incluindo a detecção precoce de outras doenças congênitas como as Doenças Falciformes, outras Hemoglobinopatias e a Fibrose Cística. O programa ainda permite fornecer subsídios para uma abordagem mais ampla da questão com a ampliação da cobertura populacional, tendo como meta 100% dos nascidos vivos e ainda a criação de um sistema de informações que permitirá cadastrar todos os pacientes num Banco de Dados Nacional. Sendo assim, o Programa se constitui um instrumento de avaliação

para possíveis intervenções de saúde e melhoria no acompanhamento à mãe e filho (BRASIL, 2002).

O método Mãe-Canguru, que utiliza de uma atenção humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, busca melhorar a qualidade da atenção prestada à gestante, ao recém-nascido e sua família, promovendo o contato pele a pele (posição canguru) precoce entre a mãe, o pai e o bebê, favorecendo vínculo afetivo, estabilidade térmica, estímulo à amamentação e o desenvolvimento do recém-nascido (BRASIL, 2018).

Tabela 1 – Óbito neonatal: causas evitáveis nos anos de 2010-2015 em crianças de 0-6 dias de vida.

Anos	Reduzíveis pela atenção a mulher na gestação	Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido	Reduzíveis por adequada atenção a mulher no parto	Causas mal definidas	Reduzíveis por ações de promoção a saúde vinculada à adequada ação na atenção primária	Reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado	Reduzíveis pelas ações de imunização
2010	8.385	4.313	3.557	489	104	46	3
2011	8.335	4.300	3.386	392	113	29	2
2012	8.030	4.274	3.250	490	170	32	1
2013	8.127	3.985	3.198	503	169	23	4
2014	8.078	4.096	3.066	396	133	37	1
2015	7.775	4.131	3.143	442	137	36	1
Total	48.730	25.099	19.600	2.712	826	203	12

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2018).

De acordo com os dados epidemiológicos apresentados, pode-se concluir que a principal causa de morte evitável em crianças entre 0 e 6 dias é a atenção à mulher na gestação(pré-natal). Seguida pela atenção ao recém-nascido, atenção à mulher no parto, causas mal definidas, promoção à saúde, ações de diagnóstico e tratamento adequado e por fim ações de imunização. Pode-se também concluir que a causa evitável do óbito neonatal que mais reduziu no período apresentado foi a causa de morte evitável pela atenção à mulher na gestação.

Tabela 2 – Óbito neonatal: causas evitáveis nos anos de 2010-2015 em crianças de 7-27 dias de vida.

Região	Reduzíveis pela atenção a mulher na gestação	Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido	Reduzíveis por adequada atenção a mulher no parto	Causas mal definidas	Reduzíveis por ações de promoção a saúde vinculada à adequada ação na atenção primária	Reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado	Reduzíveis pelas ações de imunização
2010	1.557	2.307	499	144	132	114	7
2011	1.614	2.409	472	138	161	155	5
2012	1.688	2.345	510	158	151	134	12
2013	1.754	2.227	475	144	172	155	7
2014	1.738	2.130	508	116	158	120	18
2015	1.648	2.153	486	141	144	125	3
Total	10.026	13.571	2.950	841	918	803	52

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2018).

Conforme os dados epidemiológicos apresentados, pode-se concluir que a principal causa de morte evitável em crianças entre 7 e 27 dias é a adequada atenção ao recém-nascido. Seguida pela atenção à mulher na gestação, atenção à mulher no parto, promoção à saúde, causas mal definidas, ações de diagnóstico e tratamento adequado e por fim ações de imunização. Pode-se notar também que a causa evitável do óbito neonatal que mais reduziu no período analisado foi a causa de morte evitável pela adequada atenção ao recém-nascido.

Diante dos resultados mostrados nos quadros 1 e 2, pode-se constatar que a falta da adequada atenção à mulher na gestação e ao recém-nascido são problemas de saúde pública que refletem diretamente no óbito neonatal de maneira negativa.

3.3 AÇÕES DE ENFRENTAMENTO AO ÓBITO NEONATAL E O PAPEL DA ENFERMAGEM

No período do parto a assistência inicia-se com a admissão da parturiente, que deve ser feita pelo enfermeiro e muitas vezes devido a uma rotina mecanicista, acaba sendo negligenciada, acarretando em uma série de riscos na hora do parto, pela não realização da anamnese completa e detecção de possíveis intercorrências que possam acontecer. Além disso, ocorre uma deficiência na Sistematização do Processo de Enfermagem e consequentemente no Plano de Cuidar, que deve ser desenvolvido visando atender as necessidades específicas de cada mulher. A

assistência acaba sendo voltada para a realização do procedimento em si, deixando a desejar a humanização e o olhar para a parturiente (RAMOS; SANTOS, 2012).

O papel do enfermeiro no desenvolvimento das ações e intervenções em saúde direcionadas à gestante e ao recém-nascido é fundamental, tendo em vista que é este profissional que a acompanhará desde a concepção ao nascimento. A assistência integral irá influenciar diretamente neste processo, sendo necessário que o profissional conheça o perfil social e econômico, bem como o relacionamento afetivo da família para o desenvolvimento de um plano de cuidar integral e sistematizado de acordo com cada caso especificamente, gerando um melhor resultado do processo. Contudo, vale salientar que a construção e desenvolvimento deste processo somente serão eficazes havendo a participação da família como um todo, não deixando existir só gestante e enfermeiro, visto que a chegada de um novo membro na família causa várias mudanças, desde emocionais às estruturais.

O primeiro contato da gestante com o enfermeiro acontece quase sempre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde ocorre a primeira consulta de enfermagem. O primeiro passo para o sucesso desta consulta se baseia no histórico de enfermagem e na anamnese desta paciente, detectando ou descartando a presença da possível gravidez com o auxílio dos exames complementares.

Uma vez confirmada a gravidez, o profissional fará uma avaliação dos exames apresentados, exame físico e, se nesta etapa ele verificar que o pré-natal será de auto risco, a mulher será encaminhada para um serviço de referência. Se não, inicia-se o pré-natal, que poderá ser acompanhado até o fim na UBS. E se durante este período for constada alguma intercorrência, a paciente também será encaminhada para a unidade referenciada.

No momento da confirmação da gravidez e quando não se constata nenhum risco à paciente e ao feto, o enfermeiro traça o Plano de Cuidar e a acompanha até a sua última consulta. Ao enfermeiro cabe acolher a gestante de forma humanizada e desenvolver junto a ela e sua família os princípios das políticas públicas de saúde, fazendo a integração com os programas de atenção à mulher e ao recém-nascido.

A realização do pré-natal necessita ser de qualidade com um rastreamento bem feito de possíveis patologias congênitas, doenças infectocontagiosas, entre outros fatores que possam acometer mãe e feto, evitando o óbito neonatal.

No âmbito hospitalar o enfermeiro também irá atuar na assistência à gestante e ao recém-nascido. O enfermeiro obstetra pode realizar partos, desde que

eles sejam normais, por via vaginal. Porém, em casos de partos cesáreos, cabe a realização ao médico obstetra, com assistência da equipe e do enfermeiro. Em ambos os tipos de parto, o primeiro passo será o acolhimento da mulher parturiente e a detecção do trabalho de parto, e se confirmado que o trabalho de parto foi iniciado e a dilatação tiver 4 cm, inicia-se a assistência com a aferição dos sinais vitais da mãe e do feto.

No pré-parto a parturiente é acompanhada e monitorada, orientada quanto aos procedimentos que ela será acometida e apresentada a resolução de possíveis dúvidas. Admitida na sala de parto será examinada pelo toque vaginal no período de uma em uma hora nas primeiras três horas e a partir de então a cada duas horas.

No período transoperatório do parto normal os procedimentos serão realizados pelo enfermeiro obstetra. Completando-se a dilatação, o feto é expulso e inicia-se a dequitação, que consiste na expulsão da placenta e, quando necessário o enfermeiro realiza a episiorrafia. Quando se trata de um parto cesáreo, o enfermeiro participa do pré-operatório e do transoperatório, tendo como função limpar e aquecer o recém-nascido, e no puerpério, checar os sinais vitais e possíveis complicações da mãe e o recém-nascido.

O enfermeiro presta uma assistência descontextualizada na maioria das vezes, tendo em vista suas ações voltadas apenas para o procedimento em si e não para a mulher, limitando-se à prescrição médica para prestar assistência à parturiente. Além disso, no seu dia-a-dia, existe o excesso de atividades burocráticas, caracterizando a execução de tarefas rotineiras, e como consequência, a falta de disponibilidade para a assistência (RAMOS; SANTOS, 2012).

Ainda no âmbito hospitalar o enfermeiro pode atuar na UTIN, que se configura como um *lócus* de produção de saber e ambiente terapêutico apropriado para tratamento de recém-nascidos de risco. O avanço tecnológico e de métodos cada vez mais eficientes para o cuidado ao RN, aponta a necessidade de profissionais cada vez mais qualificados para exercer a prática nesse setor hospitalar (COSTA; PADILHA, 2011).

Os enfermeiros executam as prescrições feitas pelos médicos e aplicam técnicas e conhecimentos científicos em conjunto para obtenção do sucesso terapêutico. Porém, muito além do mecanicismo e rotinas hospitalares realizadas e protocolos seguidos, são responsáveis por prestar um cuidado humanizado ao recém-nascido e a família, que passa por um processo de ansiedade e medo,

necessitando da relação de credibilidade e confiança gerados durante o tempo de internação do recém-nascido. No Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru, por meio da Portaria nº 693 GM/MS (7), que visa o estabelecimento de uma abordagem técnica e práticas adequadas que implicam em mudanças ambientais e comportamentais com vistas à melhoria na atenção aos prematuros, envolvendo a família (COSTA; PADILHA, 2011).

A Assistência de Enfermagem prestada no setor da obstetrícia ainda apresenta algumas lacunas, em sua maioria, advindas da falta de qualificação profissional adequada. A precarização na formação do profissional enfermeiro compromete a sua atuação de forma plena. A insegurança e, por vezes, a falta de compromisso ético, também é um fator que afeta a assistência à mãe e ao recém-nascido.

Essas lacunas refletem diretamente nos resultados da assistência, desde a falta de confiança da paciente no profissional e pode resultar em problemas de várias ordens, até de maior gravidade, com intercorrências no parto e pós-parto, tanto para mãe, como para o recém-nascido. Assim, a formação acadêmica, o processo de educação continuada, reciclagens e algumas outras estratégias implantadas pelos serviços de saúde, não bastam para garantir uma boa assistência. É necessária uma atenção também ao profissional, às condições de trabalho a que está submetido. Por sua vez, este deve atentar para que costumes, culturas e crenças não interfiram na qualidade do Processo de Cuidar.

A enfermeira obstetra, no exercício de sua profissão, responde por seus atos e está sujeita à responsabilização civil, penal e ético administrativa. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs), norteados pelo Código de Ética dos profissionais de enfermagem, tratam das questões relacionadas à responsabilidade ética (BRÜGGEMANN; MONTICELLI; WINCK, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro três traz os resultados do estudo baseado nos artigos que compõem a amostra da pesquisa e que abrangem as causas, desafios e avanços relacionados ao óbito neonatal, atendendo aos objetivos do trabalho.

Quadro 1 – Causas, desafios e avanços no combate ao óbito neonatal

Artigos (título) Ano de Publicação	Objetivo principal	Resultados da Pesquisa	Conclusão da Pesquisa
1-Mortalidade neonatal precoce relacionada a intervenções clínicas. Ano-2014.	Identificar a influência das intervenções clínicas realizadas na sala de parto e UTI Neonatal no óbito neonatal precoce.	O óbito neonatal, especialmente o precoce, resulta dos cuidados neonatais imediatos na sala de parto e em UTIN.	Conhecer a prática clínica dos cuidados ao recém-nascido na sala de parto e UTIN e sua associação com a mortalidade precoce, oferecendo subsídios para um melhor planejamento de ações com o intuito de diminuir o número de óbitos.
2-Fatores de risco para mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais relacionados com os cuidados durante o período pré-natal, parto e história reprodutiva materna. Ano-2013.	Identificar fatores de risco para mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais durante o período pré-natal, parto e história reprodutiva materna.	Assistência pré-natal inadequada, não realização da ecografia, transferência do RN para outra unidade de saúde e maior tempo entre internação e parto influenciaram de modo significativo no óbito.	Os fatores analisados na pesquisa enfatizam a importância da prevenção da gravidez de alto risco, na assistência adequada ao pré-natal, ao parto e recém-nascido.
3-Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. Ano-2010.	Analisar a tendência de mortes em crianças com menos de um ano identificando mudanças que indiquem a adequação de uma hipótese de impacto do SUS.	As causas reduzíveis de mortalidade apresentaram redução de 37%. A mortalidade por causas reduzíveis por adequada atenção ao parto declinou em 27,7%; adequada atenção ao recém-nascido, 42,5%; e por adequada atenção à gestação cresceu 28,3%.	Os serviços de saúde contribuíram para a redução da mortalidade infantil. O aumento do acesso e atenção ao parto e aos cuidados com recém-nascido contribuíram para a redução de óbitos infantis. O aumento da mortalidade por adequada atenção à gestação revela a necessidade de aprimoramento da atenção pré-natal.
4-Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. Ano-2012.	Conhecer como ocorre o acolhimento aos pais na percepção da equipe de enfermagem neonatal, buscando elaborar estratégias para a relação profissionais e familiares.	O acolhimento é a chave inicial para o processo de comunicação entre os pais e os profissionais de saúde.	Reconheceu-se a necessidade de capacitação dos profissionais das unidades neonatais, promovendo não somente aprimoramento técnico, mas também os sensibilizando para um cuidado individualizado e humanizado.
5-A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas. Ano-2012.	Identificar o conhecimento das enfermeiras obstétricas em relação à responsabilidade	Verificou-se que as enfermeiras conhecem pouco a respeito das repercussões legais do erro. Ao assumir a assistência ao parto, devem dedicar total atenção aos limites da competência e tendo em mente a responsabilização por suas falhas.	A atualização sobre responsabilidade legal é tão importante quanto a científica e pode contribuir para a autoconfiança profissional.

Continuação quadro 01...

6-Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. Ano-2016.	Analisar a assistência prestada em uma unidade de Pré-parto, Parto e Pós-parto de um hospital de ensino após a inserção de enfermeiras obstétricas.	A inserção das enfermeiras obstétricas contribuiu para a qualificação do cuidado prestado ao parto e ao nascimento, uma vez que ocorreu a redução de intervenções como a episiotomia e as cesarianas, havendo o incentivo ao uso de práticas que não interferem na fisiologia do processo parturitivo.	A inserção das enfermeiras obstétricas colaborou com a humanização do cuidado obstétrico e neonatal.
7-Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. Ano-2012.	Resgatar a trajetória das intervenções, indicar os novos desafios nesse campo e estimular a reflexão acerca de novas estratégias para enfrentamento da redução da mortalidade infantil no estado e no país.	Foram criadas políticas públicas de saúde no Brasil: em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM); PAISC; 1994-Programa de Saúde da Família (PSF); 1992-Hospital Amigo da Criança (IHAC); 1975-Programa Ampliado de Imunização (PAI); 1992- Método Mãe-Canguru; 1976-a Triagem Neonatal, também conhecida como “Teste do Pezinho”.	As políticas públicas de saúde refletem o contexto sanitário, social, político e econômico vivido por sua população. Por isso, devem estar sempre em processo de construção para acompanhar as mudanças vividas pela sociedade. Avançando também no monitoramento e na avaliação das políticas de saúde da criança.
8-Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. Ano-2012.	Propor um protocolo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem para parturientes no Centro Obstétrico de um hospital público em Recife-PE.	O protocolo consiste em duas etapas: a primeira é a consulta de enfermagem, que envolve a anamnese e exame físico, e a segunda é caracterizada pela identificação criteriosa dos diagnósticos de enfermagem, que direcionarão o planejamento da assistência de enfermagem para o atendimento individualizado às parturientes, com utilização de uma terminologia universal.	A visão holística do enfermeiro obstetra associada ao Processo de Enfermagem favorece uma assistência individualizada à parturiente, fundamentada no conhecimento científico, fazendo com que ela sinta-se parte de um processo natural.
9-Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Ano-2015	Caracterizar e analisar a assistência ao parto e ao nascimento realizada por Residentes em Enfermagem Obstétrica.	Constatou-se o amplo uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor e a liberdade de posição durante o trabalho de parto.	Identificou-se que o Programa de Residência em Enfermagem possibilita a redução de intervenções obstétricas, refletindo diretamente na melhoria da saúde materna.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa (2018).

Conforme os resultados apresentados no quadro três, as causas de mortes evitáveis em recém-nascidos são multicausais, ou seja, apresentam diversos

motivos, como, por exemplo, a assistência à mulher na gestação, que se dá através do pré-natal, cuidados imediatos prestados ao recém-nascido na sala de parto e cuidados na UTIN, a transferência dos recém-nascidos por falta de vaga na UTINs e a adequada assistência ao parto.

De acordo com os artigos 01, 02 e 03 a assistência à mulher na gestação se dá através das consultas de pré-natal, quando serão acolhidas e acompanhadas desde a confirmação da gravidez até o puerpério. Porém, existe uma série de fatores socioeconômicos que acabam interferindo na realização deste pré-natal de maneira eficiente, principalmente, as mães com baixo nível de escolaridade e com pouco conhecimento a respeito da saúde e da importância deste acompanhamento, que não comparecem para realizar as consultas, condições precárias de moradia, falta de saneamento básico e condições econômicas instáveis, acabam dificultando sua ida até a UBS para a realização das consultas. Por parte dos serviços de saúde, esta abrangência da totalidade da população gestante para o atendimento pré-natal é dificultada pela baixa quantidade de profissionais e condições de trabalho dignas para a realização dos mesmos.

Corroborando com essas informações, Coutinho *et al.* (2012) aponta a mortalidade no período neonatal como um importante indicador de saúde materno-infantil, refletindo as condições socioeconômicas, reprodutivas e, principalmente, as relacionadas à assistência pré-natal, ao parto e aos recém-nascidos. Os cuidados de boa qualidade realizados durante o pré-natal podem reduzir de 10% a 20% de todos os óbitos no período neonatal.

Os artigos 04, 05 e 06 exaltam os desafios relacionados à assistência de enfermagem a mulher e recém-nascido que ainda existem e precisam ser solucionados, para que o número de óbitos neonatais diminua. Como foi mencionado, dentre os desafios pode-se falar sobre o conhecimento do profissional enfermeiro quanto sua responsabilidade profissional na assistência ao parto, que ainda é um tema pouco conhecido pelas enfermeiras, e o desafio da humanização da assistência de enfermagem no parto, que atualmente é um tema bem mais abordado entre os profissionais, como também a importância da inserção de enfermeiras obstétricas nesse processo de humanização, qualificando os profissionais e evitando possíveis danos à mãe e ao recém-nascido. São desafios que ainda são bem presentes e que precisam ser solucionados.

É necessário investir na capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde das unidades neonatais, promovendo o aprimoramento técnico, mas também os sensibilizando para um cuidado individualizado e humanizado (COSTA; LOCKS; KLOCK, 2012).

Entretanto, apesar das inúmeras dificuldades, pode-se perceber através dos resultados da pesquisa, que houve inúmeros avanços para vencer os desafios inerentes à mortalidade neonatal. Isso pode ser visto nos artigos 07, 08 e 09, que traz o progresso da assistência de enfermagem à gestante e recém-nascido.

Nesse contexto, são avanços identificados: a criação de políticas públicas de saúde e programas, que a cada dia vem crescendo e se especializando em busca de atender as necessidades de todas as fases da gestação e puerpério, criação de protocolos visando uma melhor realização dos procedimentos e diminuição de erros, utilizando os conhecimentos e procedimentos teoricamente organizados e reformulados para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (RAMOS, SANTOS, 2012). Além disso, a utilização de terapias alternativas diminuindo o uso de drogas e fármacos com melhores resultados para o organismo. Porém, ainda existe a dificuldade para execução das ações, o que exige um aperfeiçoamento dos avanços.

Assim, faz-se necessário ressaltar a importância do estudo das causas evitáveis de óbito neonatal, que ainda é um problema de saúde presente no âmbito da saúde pública e privada. Dando ênfase à saúde pública, vale destacar que a gestão dos serviços de saúde é o primeiro passo para que tudo funcione bem. Porém, existe uma deficiência nesta gestão tanto de pessoal, quanto de recursos, que acaba influenciando na boa qualidade da assistência à mulher e ao recém-nascido.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do tema abordado, conclui-se que o número dos óbitos neonatais no Brasil vem diminuindo, porém, ainda é alto e considerado um alerta para os profissionais e autoridades da saúde. Assim como os desafios precisam ser considerados e soluções planejadas para a resolução dos mesmos. Algumas medidas como a conscientização e a qualificação dos profissionais; distribuição de recursos de acordo com o princípio da equidade; notificação dos casos de doenças, quando necessário, de maneira completa para um planejamento eficiente e avanços

que permitam a melhora do atendimento às mulheres e aos recém-nascidos, são imprescindíveis para a redução dos dados estatísticos.

O presente estudo é relevante no cenário da saúde, tanto para profissionais e autoridades que estão à frente da gestão dos serviços prestados à sociedade, como para pacientes que recebem a assistência. Em especial, o estudo tem importância para as mães e recém-nascidos, que são o público-alvo das políticas e programas desenvolvidos para gestantes e recém-nascidos.

Esse estudo reflete as principais causas do óbito neonatal que são consequências de uma assistência ineficiente. Assim, serve de base para criar estratégias e ações de saúde a fim de reduzir o número de óbitos.

A capacitação dos profissionais é um fator importante a ser considerado, desde a academia ao ambiente de trabalho. Na academia, a inserção de disciplinas que abordem a temática com práticas, proporcionando a vivência e aprendizado, formando profissionais mais capacitados. Outra opção são os cursos de capacitação que trabalham os mais diversos assuntos que estão contidos na temática, a fim de proporcionar aos estudantes e profissionais mais conhecimentos.

A inserção dos estudantes da área da saúde nas práticas hospitalares é fundamental, visto que estão em constante aprendizado e têm um olhar mais terapêutico e humanizado, uma vez que atualmente são temas mais abordados nas formações, fazendo uso de terapias não medicamentosas e executando conhecimentos novos e avançados, com o objetivo de melhorar cada vez mais os prognósticos sem as práticas invasivas e o uso de fármacos.

Já no âmbito da política, vale ressaltar que a má distribuição dos recursos, desvios de verbas e a inserção de profissionais em cargos comissionados sem a existência de seleção que avalie as capacidades técnicas e científicas daquele profissional são os principais fatores que influenciam na fragilidade do Sistema de Saúde Pública do Brasil. Os recursos são recebidos, porém ainda são distribuídos de maneira não igualitária, mas sim, beneficiando alguns serviços. O desvio de verbas ocorre para benefício próprio dos gestores. A inserção de cargos comissionados beneficia pessoas que têm ligação com a gestão, influenciando na admissão de profissionais, muitas vezes, não capacitados com qualidade, resultando em uma assistência ineficiente.

Espera-se com este estudo, poder contribuir e proporcionar aos estudantes e profissionais da área da saúde o acesso a um conteúdo que possa ser utilizado

como subsídio para estudar e desenvolver o senso crítico, e facilite na criação de estratégias para a resolução de problemas na sua área de atuação, bem como disseminar o tema para outras pessoas, tornando público e impulsionando atitudes positivas para sancionar as causas de óbitos evitáveis e possibilitar avanços capazes de vencer os desafios propostos pelo problema.

NEONATAL DEATH: main causes, challenges and advances in Brazil

The causes of avoidable deaths are those that can be avoided through health actions, such as: assistance to women in pregnancy through prenatal care, attention to the newborn in the delivery room and Neonatal Intensive Care Unit (NICU), adequate attention to childbirth and immunization actions. Deaths that affect children from 0 to 28 days of life are considered neonatal deaths. In this sense, the general objective of this work was to highlight the main causes of neonatal deaths in Brazil. And as specific objectives: to identify the triggering factors of neonatal death, to highlight the epidemiological data of neonatal deaths, to emphasize the main actions of coping against neonatal death and to describe the role of nursing in facing neonatal death. The study is a descriptive and qualitative bibliographical revision. The data were collected in the period from august 2017 to april 2018. In the data bases: SCIELO, LILACS, BIREME. According to the results achieved, the causes of avoidable deaths in newborns are numerous, such as assistance to women in pregnancy, which is given through prenatal care; immediate care provided to the newborn in the delivery room and care in the NICU; transfer of newborns for lack of vacancy in the NICU and proper delivery assistance. It was concluded that the number of neonatal deaths in Brazil has diminished, however, is still high and considered an alert for professionals and health authorities.

Descriptors: Causes of Death. Newborn. Comprehensive Health Care.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, I.M.L.M.; GOMES, K.R.O.; ROCHA, O.A.M.S.; SILVA, C.M.C.D.; MOITA NETO, J.M. Validade, confiabilidade e evitabilidade da causa básica dos óbitos neonatais ocorridos em unidades de cuidados intensivos da rede Norte-Nordeste de saúde perinatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700012>. Acesso em: 29 ago. 2017.
- ALMEIDA, M.F.; DUARTE, E.C.; ESCALANTE, J.J.C.; MACÁRIO, E.M.; MALTA, D.C.; MONTEIRO, R.A.; MORAIS NETO, O.L. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do sistema único de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300006&lang=pt>. Acesso em: 07mar. 2018.
- ALVARES, A.S.; CORRÊA, A.C.P.; MARTINS, D.P.; MEDEIROS, R.M.K.; NICOLI, A.B.; TEIXEIRA, R.C. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Rev. Bras. Enferm.**, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1091.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2018.
- ALVES, C.R.L.; BELISÁRIO, S.A.; BUENO, M.C.; MOREIRA, L.M.C. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Rev. Med.**, Minas Gerais, 2012. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/644>>. Acesso em: 08 set. 2017.
- BERTOLOZZI, M.R.; DALMAS, J.C.; FERRARI, R.A.P.; GIROTTTO, E. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009. Londrina-PR. **Rev. Bras. Enferm.**, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0354.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2018.
- BITTENCOURT, R.M.; GAÍVA, M.A.M. Mortalidade neonatal precoce relacionada às intervenções clínicas. **Rev. Bras. Enferm.**, Cuiabá, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-71672014000200195>. Acesso em: 29 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal**. 2002. Disponível em: <<http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagemneonatal.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. **Método mãe-canguru**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/metodo-canguru>>. Acessado em: 26 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos no Brasil**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evita10uf.def>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília-DF, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 08 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Rede cegonha**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

BRUGGEMANN, O.M.; MONTICELLI, M.; WINCK, D.R. A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas. **Esc. Anna Nery**, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200022>. Acesso em: 09 abr. 2018.

BUENO, M.C.; MOREIRA, L.M.C.; ALVES, C.R.L.; BELISÁRIO, S.A. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Rev. Med.**, Minas Gerais, 2012. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/Home>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M.O.H. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2382/2883>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

COSTA, R.; PADILHA, M.I. A unidade de terapia intensiva neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre (RS), 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983144720110002000006&script=sci_abstract&ting=pt>. Acesso em: 26 mar. 2018.

COUTINHO, B.S.; MELO, A.M.C.; KASSAR, S.B.; LIMA, M.C.; LIRA, L.C. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000300009>. Acesso em: 29 ago. 2017.

GRASEL, J.T.M.; QUADROS, J.S.; SANTOS, A.S.; REIS, T.R.; ZAMBERLAN, C. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos objetivos de desenvolvimento do milênio. **Rev. Gaúcha Enferm.**, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0094.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas**. 2010. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

_____. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2015:** breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. 2016. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/TabuasCompletasdeMortalidade/TabuasCompletasdeMortalidade2015/tabuademortalidadeanalise.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

JANKOSKI, D.A.; NEVES, L.M.B.; SCHINAIDER, M.J. **Tutorial de pesquisa bibliográfica.** Universidade Federal do Paraná. Sistema de Biblioteca de Ciências da Saúde (SEDE). Maio, 2013. Disponível em: <http://www.portal.ufpr.br/pesquisa_bibliogr_bvs_sd.pdf>. Acesso em: 24 maio 2018.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

RAMOS, K.S.; SANTOS, R.B. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/02.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

SOUZA, M.F.M. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do sistema único de saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2007. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/download/lista_causas_mortes_evitaveis.pdf>. Acesso em: 08 set. 2017.