

Gomes, R. N. S. et al.



PESQUISA

Correlação da assistência médica e de enfermagem, no pré-natal, com a mortalidade fetal e neonatal
Correlation of medical and nursing care, prenatal, with fetal and neonatal mortality
Correlación de la atención médica y de enfermería, atención prenatal, la mortalidad fetal y neonatal

Raimundo Nonato Silva Gomes¹, Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha², Eliana Campêlo Lago³, Jéssica Maressa Lima Soares⁴, Nytale Lindsay Cardoso Portela⁵, Roberto Oliveira Rodrigues⁶

RESUMO

Objetivou-se analisar a correlação da assistência médica e de enfermagem, no pré-natal, com a mortalidade fetal e neonatal. Tratou-se de um estudo avaliativo, descritivo-exploratório, de cunho documental, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na cidade de Caxias/MA, e como fonte de dados utilizou-se as Declarações de Óbitos e Fichas de Investigação de Óbitos, fetais e neonatais, ocorridos e notificados nos anos de 2010 a 2013. Dentre as gestantes que realizaram apenas 01 consulta com o enfermeiro houve um percentil de 13 (10,9%) de mortes de fetos/neonatos e com 06 consultas houve um percentil de 2 (1,7%). Portanto, observou-se a correlação direta entre a assistência pré-natal com o enfermeiro/médico e a de mortalidade fetal e neonatal. **Descritores:** Assistência Pré-natal. Mortalidade Fetal e Neonatal. Enfermagem. Medicina.

ABSTRACT

The objective of analyzing the correlation of the medical and nursing care, prenatal, with fetal and neonatal mortality. It is an evaluative study, descriptive and exploratory, primarily on documentary evidence, using a quantitative approach. The survey was conducted in the city of Caxias / MA, and as a data source we used the deaths statements and sheets deaths research, fetal and neonatal occurred and reported in the years 2010 to 2013. Among the pregnant women who were only 01 consultation with the nurse there was a percentile of 13 (10.9%) deaths of fetuses/infants and 06 consultations there was a 2 percentile (1.7%). Therefore, there is a direct correlation between prenatal care with the nurse/doctor and the fetal and neonatal mortality. **Descriptors:** Pre-natal Care. Fetal and Neonatal Mortality. Nursing. Medicine.

RESUMEN

El objetivo del análisis de la correlación del prenatal médica y cuidados de enfermería, con la mortalidad fetal y neonatal. Se trata de un estudio evaluativo, descriptivo y exploratorio, principalmente en pruebas documentales, mediante un enfoque cuantitativo. La encuesta se realizó en la ciudad de Caxias/MA, y como fuente de datos que utiliza las declaraciones muertes y hojas de muertes de Investigación, se produjo fetal y neonatal y reportado en los años 2010 a 2013. Entre las mujeres embarazadas que sólo eran 01 consulta con la enfermera había un percentil de 13 (10,9%) muertes de fetos/recién nacidos y 06 consultas hubo un 2 percentil (1,7%). Por lo tanto, existe una correlación directa entre la atención prenatal con la enfermera/médico y la mortalidad fetal y neonatal. **Descritores:** Cuidado Prenatal. Mortalidad Fetal y Neonatal. Enfermería. Medicina.

¹Enfermeiro. Doutorando em Engenharia Biomédica (UNIVAP). Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento. Universidade do Vale do Paraíba. São José do Campos/SP, Brasil. Email: raigomezz19@gmail. ²Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública (UNIAMERICAS). Mestrado em Enfermagem (UFPI). Docente na Universidade Estadual do Maranhão. Caxias/MA, Brasil. ³Doutora em Biotecnologia. Cirurgiã-dentista e Enfermeira. Professora da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário - UNINOVAFAPI. Professora da Graduação em Enfermagem da UEMA-Universidade Estadual do Maranhão; Professora da Graduação em Odontologia da Faculdade Integral Diferencial - FACID DEVRVY-Teresina-PI. E-mail(elianalago@ig.com.br)⁴Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Prefeitura Municipal de Parnarama/MA. Caxias/MA, Brasil. ⁵Enfermeira da Prefeitura Municipal de São João do Sóter/MA. Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família e em Enfermagem do Trabalho. Caxias/MA, Brasil. ⁶Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem (UNISINOS). Docente na Universidade Estadual do Maranhão. São Luís/MA, Brasil.

Gomes, R. N. S. et al.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades capazes de orientar a promoção da saúde das mulheres grávidas e de seu conceito, estabelecendo ações adequadas à prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio clínico de problemas obstétricos que venham a ocorrer, ou de enfermidades previamente existentes, oportunizando o tratamento o mais precoce possível e assegurando o nascimento de crianças saudáveis (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Assim, a atenção pré-natal adequada diminui as taxas de morbimortalidade materna, fetal e neonatal, contribui para a detecção precoce de alterações no desenvolvimento fetal, reduzindo não apenas os riscos de complicações que acarretam altos índices de morbidade e mortalidade para a mulher e o recém-nascido (RN), como também o número de mortes intrauterinas. Cumpre destacar, que é importante considerar tanto a cobertura como a qualidade da assistência pré-natal (SANTOS, 2014; GOMES et al., 2014).

A equipe de enfermagem é de suma importância na realização do pré-natal, pois a gestação constitui-se um período de múltiplas modificações físicas e emocionais, na qual, deve-se atentar para a importância da educação em saúde como forma de empoderar a gestante para a tomada de decisão acerca da própria gestação e, também, como uma possibilidade de troca de experiências e conhecimentos com vistas a promover a compreensão do processo da gestação (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Neste ínterim, apesar da ampliação da assistência à saúde e, conseqüentemente, da melhoria na cobertura de serviços pré-natais no Brasil, devido, sobretudo, à implantação e ao avanço da Estratégia Saúde da Família (SF), as

desigualdades na atenção e acesso ofertados ainda permanecem vigentes. Por isso, recomenda-se que a gestante inicie a assistência tão logo seja identificada a gravidez, com o objetivo de fortalecer a adesão e acesso à atenção de qualidade, garantir a realização de exames complementares e diagnosticar mais precocemente gestantes com fatores de risco (ALMEIDA; BARROS, 2014).

Ademais, a atenção ao conceito de qualidade diminui, consideravelmente, as condições de adoecimento e o óbito fetal, definido como a morte do produto da concepção, ocorrida antes da sua completa expulsão ou extração do organismo materno. A morte fetal é diagnosticada quando, depois da separação do organismo materno, o feto não respira nem mostra qualquer outro sinal de vida, como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos de músculos voluntários (KLEIN, 2012).

O coeficiente de mortalidade infantil refere-se ao número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico. Esse indicador permite que haja uma estimativa do risco de morte de nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida; reflete, de uma maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil; além de expressar um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade (SANTOS, 2014).

Com base no exposto, a pesquisa objetivou analisar a influência da assistência médica e de enfermagem, no pré-natal, com a mortalidade fetal e neonatal.

Gomes, R. N. S. et al.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo avaliativo, descritivo-exploratório, de cunho documental, com abordagem quantitativa. Na qual, a pesquisa foi realizada na cidade de Caxias/MA, que de acordo com IBGE (2013) em censo realizado em 2010, a cidade contava com cerca de 155.129 habitantes com estatística de 156.327 habitantes para 2011, com densidade demográfica de 30,12 hab/km² e Índice de Desenvolvimento Humano de 0,614. Caxias/MA está situada na Mesorregião Leste Maranhense, a 374 quilômetros da capital maranhense, São Luís e 70 quilômetros da capital piauiense, Teresina. O município de Caxias/MA conta com 32 Unidades Básicas de saúde (UBS), destas, existem 21 na zona urbana e 11 na zona rural, contando com cerca de 50 ESF e cobertura de cerca de 92%.

Assim, o estudo foi desenvolvido na Coordenação da Atenção Primária e Vigilância em Saúde de Caxias/MA, mais especificamente no setor de Vigilância Epidemiológica do município. Ressalta-se que o referido serviço em saúde funciona no horário de 08h00 às 18h00, ininterrupto, e está sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

A fonte de dados do estudo foram as Declarações de Óbitos (DO) e Fichas de Investigação de Óbitos, fetais e neonatais (FIO), ocorridos e notificados nos anos de 2010 a 2013, de mães residentes em Caxias/MA. Portanto, foram incluídas na pesquisa, fichas de investigação de óbitos fetais e neonatais e as declarações de óbitos fetais e neonatais que possuíam todas as informações solicitadas (tipo de óbito, quantidade de consultas pré-natais, esquema vacinal, exames solicitados na gravidez, sexo, etnia, idade ao óbito, peso, escolaridade da mãe e situação conjugal da mãe). Os dados foram coletados no período de outubro a novembro de 2014 nos R. Interd. v. 8, n. 3, p. 31-38, jul. ago. set. 2015

horários de funcionamento da Coordenação da Atenção Primária e Vigilância em Saúde.

Foram analisadas todas as fichas dos óbitos ocorridos nos anos de 2010 a 2013, sendo 400 Fichas de Investigação de Óbitos (FIO) (Fetais e Neonatais) e 400 Declarações de Óbitos (DO), e fizeram parte da amostra do estudo 119 Fichas de Investigação e 119 Declarações de Óbito. Devido ao fato de as FIOs possuírem mais informações relacionadas à mortalidade, utilizou-se a DO apenas como instrumento complementar à FIO.

Aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão foram excluídas da pesquisa, 281 Fichas de Investigação de Óbitos e Declarações de Óbitos, 67 do ano de 2010, 81 do ano de 2011, 91 do ano de 2012, e no ano de 2013, excluíram-se 42 FIOs e DOs.

Após o procedimento de coleta e organização dos dados, esses, foram cadastrados e consolidados por meio das técnicas de estatísticas descritivas no SPSS, para obtenção de Qui-Quadrado (X^2) de Pearson. Na qual, o teste dispõe de um valor padrão para confirmar a correlação entre duas variáveis, sendo que testes com valores de significância inferiores a 3,841 admite-se que não há correlação entre as variáveis, e as variáveis são independentes. Posteriormente, os dados foram apresentados na forma de figuras e tabelas e procedeu-se a discussão dos achados com base na literatura produzida sobre o tema.

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, e, em seguida, direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Estudos Superiores de Caxias, da Universidade Estadual do Maranhão e aprovado sob o parecer de aprovação nº 710.002.

RESULTADOS

A Tabela 01 apresenta o total de fichas de investigação de óbitos fetais e neonatais e

Gomes, R. N. S. et al.
declarações de óbitos fetais e neonatais utilizadas na pesquisa, distribuídas com base no ano de ocorrência do óbito.

Tabela 01 - Total de Fichas de Investigação de Óbitos Fetais/Neonatais e Declarações de Óbitos Fetais/Neonatais incluídas na pesquisa. Caxias/MA, 2014.

Ano	Fio		Do	
	n	%	n	%
2010	0	0,0	0	0,0
2011	17	14,3	17	14,3
2012	43	36,1	43	36,1
2013	59	49,6	59	49,6
Total	119	100,0	119	100,0

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

Assim, 17 (14,3%) das FIOs fetais/neonatais e DOs fetais/neonatais incluídas na pesquisa são do ano de 2011, 43 (36,1%) de 2012 e 59 (49,6%) de 2013. Do ano de 2010, 67 (100%) das fichas foram excluídas da pesquisa por não possuírem dados relacionados ao pré-natal, situação vacinal, escolaridade, ocupação e história de gestações anteriores.

Com base nos dados disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica de Caxias/MA, no período investigado (2010 a 2013) ocorreram 400 óbitos de fetos/neonatos no município, sendo 67 em 2010, 103 em 2011, 100 em 2012 e 130 em 2013. Já os dados disponibilizados pela Secretária Estadual de Saúde e pelo DataSus apresentam números inferiores. Sendo 66 óbitos no ano de 2010, 94 em 2011, 52 em 2012 e 79 em 2013, totalizando 291 óbitos.

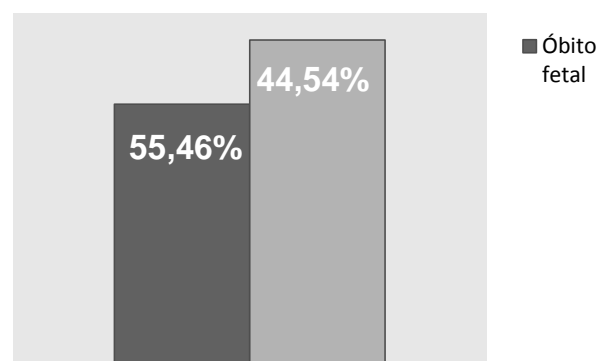
Com isso, pôde-se se evidenciar uma grande diferença entre as estatísticas estaduais/nacionais e as municipais. O que certamente coloca o município em uma situação de ilegalidade, tendo em vista que o cadastro de óbitos fetais e neonatais ocorridos em um município é de notificação obrigatória.

Os evidentes déficits no sistema de notificação e investigação de óbitos fetais e neonatais em Caxias/MA reduzem as chances de implementação de novas políticas públicas relacionadas à saúde da criança e da mulher, tendo em vista que o desconhecimento desses dados mascaram o coeficiente de mortalidade fetal e neonatal do município, e escondem a sua real situação de saúde.

A Figura 01 refere-se à frequência do tipo de óbito (fetal e neonatal) mais prevalente, entre os casos incluídos na pesquisa, tendo como referência os valores totais de óbitos ocorridos nos anos de 2010 a 2013 no município de Caxias/MA.

Quando observado o tipo de óbito mais prevalente nos anos analisados (2010 a 2013), pôde-se perceber que existe uma maior frequência de óbitos neonatais sobre os óbitos fetais, sendo 66 (55,46%) de neonatais e 53 (44,54%) fetais.

Figura 01 - Distribuição de óbitos investigados quanto ao tipo (fetal e neonatal), entre os anos de 2010 a 2013.



Fonte: Pesquisa direta, 2014.

Através da Tabela 02, observa-se a correlação entre o quantitativo de consultas com o (a) enfermeiro (a) e a mortalidade fetal e neonatal. Na qual, explicita-se o número de consultas com o enfermeiro e correlaciono-o com a mortalidade fetal/neonatal.

Gomes, R. N. S. et al.

Tabela 02 - Correlação do quantitativo de consulta pré-natal com o enfermeiro e a mortalidade fetal e neonatal.

Consultas com o Enfermeiro	Mortalidade fetal e neonatal		Qui-Q
	n	%	
01 consulta	13	10,9%	5,212
02 consultas	5	4,2%	
03 consultas	31	26,1%	
04 consultas	44	37,0%	
05 consultas	24	20,2%	
06 ou mais	2	1,7%	
Total	119,0	100,0%	

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

Em gestantes que realizaram apenas 01 (uma) consulta com o enfermeiro houve um percentil de 13 (10,9%) de mortes de fetos/neonatos; de 5 (4,2%) de mães fizeram 02 (duas) consultas; em 31 (26,1%), as mulheres fizeram 03 (três) consultas; em 44 (37%), fizeram 04 (quatro) consultas; em 24 (20,2%), fizeram 05 (cinco) consultas pré-natais e o menor percentil 2 (1,7%) ficou entre as gestantes que realizaram 06 (seis) consultas com o (a) enfermeiro (a).

Através do teste de Qui-Quadrado, pôde-se afirmar que as variáveis, número de consultas com o enfermeiro e mortalidade fetal/neonatal estão interligadas, tendo em vista que obteve-se o valor de 5,212 (correlação forte) como resultado do teste estatístico. Fator que confirma a importância do enfermeiro na realização do pré-natal, a julgar que a mortalidade de fetos e neonatos foi inversamente proporcional ao aumento do número de consultas com o enfermeiro.

A Tabela 03 demonstra a correlação de óbitos fetais e neonatais com o quantitativo de consultas pré-natais realizadas com o médico. Na qual, o maior percentil de mortalidade evidenciado foi encontrado entre as mães que não tiveram nenhuma consulta com o médico, enquanto a menor frequência de óbitos fetais e

neonatais foi encontrada entre as genitoras que tiveram maiores quantitativos de consultas pré-natais com o médico.

Tabela 03 - Correlação da consulta pré-natal com médico e a mortalidade fetal e neonatal.

Consultas com o Médico	Mortalidade fetal e neonatal		Qui-Q
	n	%	
00 consulta	46	38,7%	5,780
01 consulta	29	24,4%	
02 consultas	26	21,8%	
03 consultas	11	9,2%	
04 consultas	7	5,9%	
Total	119	100,0%	

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

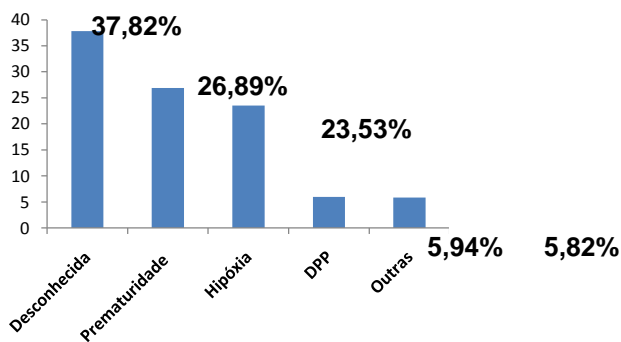
O maior percentil de óbitos fetais e neonatais foi encontrado entre genitoras que não realizaram nenhuma consulta com o médico, 46 (38,7%). E, entre as mulheres que realizaram de 01 (uma) a 02 (duas) consultas com o médico, houve uma mortalidade fetal e neonatal de 29 (24,4%) e 26 (21,8%), respectivamente. Já entre as gestantes que tiveram 03 (três) consultas com o médico o percentil de mortalidade foi de apenas 11 (9,2%). Dentre as mães que realizaram 04 (quatro) consultas com o médico houve um mortalidade de 7 (5,9%).

A análise dos dados desta tabela evidenciou que da mesma forma que nas consultas pré-natais com o enfermeiro, quanto maior a quantidade de consultas médicas, menor a quantidade de óbitos fetais e neonatais. Assim, pôde-se evidenciar uma correlação fortes (5,780) entre o número de consultas médicas e a mortalidade fetal/neonatal.

A Figura 02 demonstra as causas mais prevalentes dentre os óbitos investigados; na qual, pôde-se observa-se que o óbito por causa desconhecida ocupa o primeiro lugar entre as causas de morte fetal e neonatal.

Gomes, R. N. S. et al.

Figura 02 - Principais causas dos óbitos fetais e neonatal investigados. Caxias/MA, 2014.



Fonte: Pesquisa direta, 2014.

Os óbitos por causa desconhecida ocupam o primeiro lugar entre as etiologias de óbitos fetais e neonatais, com 45 (37,82%), enquanto relacionados à prematuridade ocorreu em 32 (26,89%) dos óbitos. 28 (23,53%) fetos/neonatos, morreram por hipóxia, 7 (5,94%) por descolamento prematuro de placenta. Outras causas somam 6 (5,82%).

A grande prevalência de óbitos por causas desconhecidas é mais uma estatística negativa que o município apresenta, tendo em vista que o desconhecimento da causa do óbito evidencia a não investigação do óbito pela equipe de saúde, ou, no mínimo, um despreparo do município para realizar o diagnóstico de mortes perinatais.

DISCUSSÃO DOS DADOS

Estudo realizado em Uberlândia/MG averiguou-se que face aos problemas de sub-registro de óbitos e nascimentos, muitas estatísticas brasileiras podem ser irrealis e/ou incompletas, ocasionando prejuízos, já que as políticas de saúde públicas são planejadas e implementadas com base em dados epidemiológicos (CAMPOS; LOSCHI; FRANÇA, 2010).

Em hospital de referência de Recife/PE, evidenciou resultados contrários ao desta pesquisa. Assim, houve predominância dos óbitos fetais, que representaram 113 (57,8%) das mortes sobre os neonatais 97 (42,2%). Considerando-se os nascimentos com as mesmas características, encontrou-se um coeficiente de mortalidade perinatal de 16,6 por mil nascimentos, com risco de morte fetal superior ao encontrado no período neonatal (AQUINO et al., 2011).

Pesquisa recente sobre a taxa de mortalidade fetal e neonatal no Brasil, evidenciou a prevalência do óbito neonatal (57,6%) sobre o fetal (42,4%). Verificaram também que este dado vem mantendo níveis elevados, com pouca modificação do componente neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), que ocupa um papel importante no excesso de mortes infantis (LANSKY et al., 2014).

Estudo realizado em todo Brasil apresentou resultados que corroboram com os desta pesquisa, ao afirmar que a mortalidade neonatal tem se configurado como crescente preocupação para a saúde pública no Brasil desde os anos 90, quando passou a ser o principal componente da mortalidade infantil, em decorrência da redução mais acentuada da mortalidade pós-neonatal (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2012).

Estudo realizado em Campinas/SP destaca que a participação do enfermeiro trouxe significativo avanço para a qualidade da assistência pré-natal. Na qual, ressalta-se que, sem o enfermeiro, essa atenção provavelmente se restringiria a consultas individuais, baseadas em queixas e condutas, exames obstétricos e interpretação/solicitação de exames (BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012).

Pesquisa desenvolvida em todo o Brasil apresenta resultados que corroboram com os deste estudo, quando refere que a atuação do enfermeiro é decisiva para a redução da mortalidade neste público. Assim, constatou-se

Gomes, R. N. S. et al. que o enfermeiro desempenha todas as ações do pré-natal, desde ações assistências até as de promoção de educação em saúde (CARDOSO; MENDES; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2012).

Apesar da carência de estudos da correlação entre o quantitativo de consultas pré-natais com o médico e a mortalidade fetal e neonatal, pesquisa realizada na cidade de São Paulo/SP no ano de 2010, demonstrou resultados que confirmam os desta pesquisa. Na qual, 95% da área do município estudado, tinha cobertura pela Estratégia Saúde da Família, mas apenas 57% das gestantes desse município realizaram consultas pré-natais com o médico, e a taxa de mortalidade fetal e neonatal foi extremamente elevada no referido ano (NARCHI, 2010).

Estudo no Rio Grande do Sul evidenciou resultados semelhantes aos desta pesquisa, na qual, as principais causas de óbito foram: prematuridade, hipóxia e óbitos por causas desconhecidas, com 42,4% do total de óbitos fetais e neonatais investigados (LOURENÇO; BRUNKEN; LUPPI, 2007). Os quadros de hipóxia, também, foram importantes causas de óbito, em investigação avaliativa realizada no Rio de Janeiro/RJ com 565 RNs (BARROS et al., 2012).

Em um estudo de coorte com nascimentos realizada no município de Pelotas/RS, identificou-se uma taxa de mortalidade neonatal de 19,7 por mil nascidos vivos, destes óbitos 66% ocorreram no período neonatal e a principal causa de óbito foi a prematuridade (DRUMOND; MACHADO; FRANÇA, 2011).

CONCLUSÃO

A taxa de mortalidade infantil é um dos indicadores mais usados para mensurar a qualidade de vida de uma população, além de ser um dos itens que compõem o Índice de Desenvolvimento Humano e outros indicadores

socioeconômicos. Sendo a mortalidade neonatal o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais e sua redução é um grande desafio para os serviços de saúde. Com isso, estudos sobre os fatores correlacionados a este tipo de mortalidade são de grande relevância para o setor saúde, pois possibilitam as intervenções voltadas à redução dos possíveis óbitos neste período.

O município de Caxias/MA, apresenta uma alta taxa de mortalidade fetal e neonatal, sendo a assistência à saúde apontada como uma principais responsáveis por estas estatísticas. E, esta pesquisa evidenciou que um dos fatores etiológicos mais relacionados à mortalidade fetal e neonatal é a realização inadequada do pré-natal. Os resultados apresentados neste estudo alertam para um fato já bem conhecido, de que o pré-natal influencia de forma direta na redução da mortalidade fetal e neonatal.

Realizou-se a correlação entre as diversas variáveis traçadas no estudo, na qual, evidenciou-se, predominantemente, que o abandono do pré-natal e a quantidade insuficiente de consultas são os principais fatores que ocasionam a mortalidade fetal e neonatal, quando se correlaciona a assistência pré-natal com a mortalidade fetal e neonatal. Observou-se, ainda, a correlação direta entre o número de consultas do enfermeiro/médico com a taxa de mortalidade perinatal; a correlação diretamente proporcional do quantitativo de consultas pré-natais com tipo de óbito.

Nessa perspectiva, sugere-se que haja o fortalecimento da adesão ao pré-natal, incentivando as gestantes a realizarem as consultas pré-natais, melhorar a estrutura do programa, garantir o transporte da equipe da Estratégia Saúde da Família para a realização de visitas domiciliares, no sentido de facilitar a identificação precoce das gestantes e

Gomes, R. N. S. et al. consequentemente dos fatores de risco a mortalidade fetal e neonatal.

REFERÊNCIA

SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev. Eletr. Enferm.*, Goiânia/GO, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011.

SANTOS, P. P. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. *Cad. Saú. Púb.*, Rio de Janeiro/RJ, v. 48, n. 2, p. 234-243, 2014.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Pain and the protagonism of women in parturition. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, São Paulo/SP, v. 61, n. 3, p. 376-388, 2011.

ALMEIDA, A. D.; BARROS, G. D. F. Cuidados de enfermagem na transição do papel materno entre puérperas. *Rev. Eletr. Enferm.*, Goiânia/GO, v. 9, n. 2, p. 457-475, 2013.

KLEIN E. T. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. *Rev. Cienc. Col.*, São Paulo/SP, v. 17, n. 4, p. 743-751, 2012

GOMES R. N. S. et al. Avaliação do estado nutricional de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de Caxias/MA. *Rev. Inter.*, Teresina/PI, v. 7, n. 4, p. 81-90, 2014.

CAMPOS, D.; LOSCHI, R. H.; FRANÇA, E. Mortalidade neonatal precoce hospitalar em Minas Gerais: associação com variáveis assistenciais e a questão da subnotificação. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo/SP, v. 10, n. 2, p. 223-238.

AQUINO, T. A. et al. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saú. Púb.* Rio de Janeiro/RJ, v. 27, n. 12, p. 89-95, 2011.

LANSKY S. et al. Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saú. Púb.*, Rio de Janeiro/RJ, v. 30, n. sup 1, p. 192-207, 2014.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Rev. Saú. Púb.*, São Paulo/SP, v. 46, n. 6, p. 45-50, 2012.

BRANDÃO, I. C. A.; GODEIRO, A. L. S.; MONTEIRO, A. I. Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. *Rev. Enferm. R. Interd.* v. 8, n. 3, p. 31-38, jul. ago. set. 2015

UERJ. Rio janeiro/RJ, v. 20, n. supl. 1, p. 596-602, 2012.

CARDOSO, L. S. M.; MENDES, L. L.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev. Min. de Enferm.* Belo Horizonte/MG, v. 17, n. 1, p. 345-363, 2012.

NARCHI N. A. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, São Paulo/SP, v. 44, n. 3, p. 89-90, 2010.

LOURENÇO, E. C.; BRUNKEN, G. S.; LUPPI, C. G. Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007. *Epidemiol. Serv. Saú.*, São Paulo/SP, v. 22, n. 4, p. 97-103, 2013.

BARROS, A. J. D. et al. Neonatal mortality: description and effect of hospital of birth after risk adjustment. *Rev. Saú. Púb.*, São Paulo/SP, v. 45, n. 1, p. 9-6, 2012.

DRUMOND, E. F.; MACHADO, C. J.; FRANÇA, C. J. Óbitos neonatais precoces: análise de causas múltiplas de morte pelo método Grade of Membership. *Cad. Saú. Púb.*, Rio de Janeiro/RJ, v. 27, n. 1, p. 67-77, 2011.

Submissão: 15/04/2014

Aprovação: 09/06/2015